This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 0383 8057

Istituto Ostetrico-Ginecologico di Napoli (*Prof.* O. Morisani)

METODI ANTICHI

DEL

TAGLIO CESAREO

Studio storico-critico

DEL

Dott. FRANCESCO CARUSO

Prof. par. di Ostetricia, Ginecologia e Cliniche relative nella R. Università

Estratto dall' *Archivio di Ostetricia e Ginecologia* — Anni 1894-95-96

NAPOLI
Stabilimento Tipografico Cav. A. Tocco
S. Pietro a Majella 51
1896.

RG
361
C32
1896
LANE
HIST

G361.4
C37
1896

Herrn Geheimrath Prof. Dr. F. Winckel
hochachtungsvoll
der Verfasser

ALLA MEMORIA

DI

ALFONSO CORRADI

CHE

DETTÒ L'ISTORIA NOSTRA

DELL'ANTICO TAGLIO CESAREO

INDICE

Introduzione . . . . . pag. 9

Capitolo I. — Gastro-isterotomia, o metodo intraperitoneale del taglio cesareo . . . . . » 11

Capitolo II. — Gastro-elitrotomia, o metodo extraperitoneale del taglio cesareo . . . . . » 108

ERRATA — CORRIGE

Pag.	11	linea	20	Italla	Italia
»	15	»	12	l' operazione.	l' operazione ».
»	»	»	13	Roulrau	Rulrau
»	21	»	27	»	»
»	22	»	14	»	»
»	28	»	26	»	»
»	33	»	15	»	»
»	34	»	11	Baudelocque jun.	Baudelocque zio
»	45	»	1	può	più
»	47	»	15	caso	cavo
»	54	»	28	genizio	gemizio
»	56	»	11	additala	additata
»	73	»	1	ferital	ferita
»	»	»	3-4	quella, usata	quella usata
»	77	»	32	infernale	infernale.
»	79	»	13	commentate	commendate
»	96	»	16	dei	di

C 321
C 32,
1895

« I progressi rilevantissimi della chirurgia in generale e quelli assai splendidi della ginecologia e dell' ostetricia non hanno portato sensibili migliorie nell' esecuzione e nell' esito di quella grande operazione che è il taglio cesareo. Gli è perciò che oggi, come per lo addietro, il taglio cesareo è considerato come un' operazione formidabile, temibile, una estrema risorsa dell'ostetricia, una dura necessità riservata fortunatamente a pochissimi casi ».

E. PORRO. Dell' amputazione utero-ovarica come complemento di taglio cesareo, 1876, pag. 11.

INTRODUZIONE

Sotto la denominazione di metodi antichi del taglio cesareo debbono comprendersi i modi con cui fu praticata quest'operazione nel suo periodo antico o preantisettico, che va dal tempo in cui essa venne fatta per la prima volta sulla donna vivente fino al 1876, o più propriamente al 1882, epoche che segnano l'introduzione dell'amputazione utero-ovarica per opera del Porro e la riabilitazione del metodo conservatore in seguito alle proposte del Sänger.

I metodi antichi del taglio cesareo, secondo la comune degli scrittori, sono due: la gastro-isterotomia, o operazione cesarea propriamente detta, e la gastro-elitrotomia. Nel primo metodo s'incide la parete addominale e l'uterina, e, perchè si apre la cavità peritoneale tagliando la sierosa, esso ha ricevuto anche il nome di intraperitoneale; nel secondo s'incide la parete addominale e la vagina onde giungere all' orifizio dell' utero, e pel

C 2510

fatto che non si apre il cavo peritoneale, esso è stato anche chiamato extraperitoneale.

Tenendo di mira la caratteristica essenziale del parto cesareo, che consiste nel taglio dell'utero (1), non dovrei considerare la gastro-elitrotomia come taglio cesareo, poichè con essa non s'incide per principio l'utero, e, quando a ciò si è forzati, non se ne taglia il corpo, sibbene il collo; ma siccomè è invalso l'uso, facendo un'eccezione alla regola, di ritenere l'atto operativo in quistione come un'operazione cesarea (2), non credo opportuno di escluderlo da questo lavoro.

Scopo del presente studio è di occuparmi dei due metodi suddetti e dei numerosi processi appartenenti a ciascuno. È uno studio dei più interessanti, poichè mette sott'occhi le varie vicende cui è andato incontro avanti l'era moderna il manuale operatorio della più importante operazione ostetrica. All'uopo ho attinto, oltre che a quasi tutte le fonti originali, ai lavori che danno notizie più o meno diffuse intorno allo stesso tema, sopratutto alla classica monografia del Sänger (3), e, per quanto

---

(1) Questa caratteristica fu riconosciuta all'operazione fin dai tempi di Plinio il giovane, il quale, come è noto, fece derivare la denominazione « *sectio caesarea* » da « *caedere ex matris utero* »: « *Auspicatius enecta parente gignuntur; sicut Scipio Africanus, prior natus, primusque Caesarum a caeso matris utero dictus; qua de causa et Caesones appellati. Simili modo natus est Manilius*, etc. » (*Hist. nat. lib. VII, cap. 9*).

(2) Segue da ciò, che volendo dare la definizione del taglio cesareo tenendo conto anche della gastro-elitrotomia, si può definirlo col Kehrer (« Lehrbuch der operativen Geburtshülfe », 1891, p. 256): « un'operazione con cui s'incidono la parete addominale e l'uterina, o l'addominale e la vaginale, allo scopo di estrarre attraverso la fatta breccia il feto e le secondine ». Non tenendo poi conto della gastro-elitrotomia, io definirei il taglio cesareo: **« quella operazione che ha per iscopo di estrarre, mercè incisione fatta alla parete del ventre e dell'utero, il feto contenuto nella cavità della matrice, la quale non sia in comunicazione con l'addominale »**. Con questa definizione si vengono ad escludere dal novero delle operazioni cesaree i casi di gastrotomia per gravidanza extrauterina e per rottura completa della matrice, a feto ancora contenuto in questa, i quali non sono veri tagli cesarei.

(3) « Der Kaiserschnitt bei Uterusfibromen nebst vergleichender Methodik der Sectio caesarea und der Porro-Operation. Kritiken, Studien und Vorschläge zur Verbesserung des Kaiserschnittes ». Leipzig, 1882.

riguarda la letteratura italiana, a quella opera fenomenale, come piacque allo stesso Sänger di chiamarla, del nostro Corradi (1).

Divido il lavoro in due capitoli; nel primo mi occupo della gastro-isterotomia, come il metodo più antico e di gran lunga più interessante; nel secondo della gastro-elitrotomia.

CAPITOLO I.

Gastro-isterotomia, o metodo intraperitoneale del taglio cesareo.

Dalla più remota antichità fino al principio del secolo XVI l' operazionc cesarea, secondo la opinione più accreditata, fu fatta esclusivamente sulla donna morta; nel periodo che si potrebbe appellare romano col Pinard (2) negli ultimi mesi della gravidanza e nel soprapparto allo scopo di conservare dei cittadini allo stato giusta il disposto della *lex regia* (3); dopo il trionfo del cristianesimo e durante il medio evo, affine di amministrare il battesimo al feto, giusta il prescritto della Chiesa cattolica (4).

Quale fosse il manuale operatorio adoperato in questo elasso di tempo non è dato dire sulla scorta di documenti autentici, poichè non ve ne sono; ma è lecito argomentare che la tecnica

---

(1) « Dell'Ostetricia in Italia dalla metà dello scorso secolo fino al presente. Commentario ». Cap. 36. Della Gastro - isterotomia, pag. 1042 e seg.

(2) « De l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, etc. » *Annales de Gynéc.*, etc. 1879.

(3) Questa legge, attribuita dai più a Numa Pompilio (700 anni av. Cristo), che ci fu conservata da Marcello nel Digest. lib. XI. Tit. VIII., *de mortuo inferendo*, viene quivi riferita con le seguenti parole: « *Negat lex regia mulierem quae praegnans mortua sit, humari, antequam partus ei excidatur: qui contra fecerit spem animantibus cum gravida peremisse videtur* ».

(4) Questa accettò la vecchia legge di Numa Pompilio e la prescrisse tassativamente: « *Si mater pregnans mortua fuerit*, dice l'antico Rituale romano tit. De Baptismo parv., *foetus quamprimum caute extrahatur*: *ac si vivus fuerit, baptizetur* ». Si riscontrino a questo riguardo anche gli scritti dei teologi Th. Raynaud: « De ortu infantium contra naturam per sectionem caesaream tract. », Lugd. 1638; e del nostro Fr. E. Cangiamila: « Embriologia sacra ovvero dell' uffizio dei sacerdoti etc. circa l'eterna salute dei bambini racchiusi nell'utero », Milano 1751.

operativa dovesse esser molto semplice, trattandosi di operare su di un cadavere.

Nel 1500, secondo Gaspare Bahuin (1), il taglio cesareo sarebbe stato fatto per la prima volta *in viva* (2) da Giacomo Nufer, castratore di porci di Siegershausen (Svizzera), il quale col permesso del magistrato l'avrebbe praticato sulla propria moglie, Elisabeth Alespach, primipara, cui 13 levatrici e parecchi chirurgi avevano dichiarato che non poteva partorire per le vie naturali. La ferita fu riunita " *veterinario modo* „, e l'operata fu salva al pari del prodotto. Secondo molti autori (E. v. Siebold, Wasseige, Scanzoni, C. Braun, Schröder, etc.) questa operazione e le altre di quel tempo, riferite quali tagli cesarei — casi di Niccolò Nicoli (cognominato anche de Falconiis) da Firenze (3), Doering (1531), Dirlewang (1549), Primerose (1595), Marcello Donati (4), ecc. — sono gastrotomie per gravidanza extrauterina. Ora, ammesso che in questi casi il feto si trovava in un sacco extrauterino, fu in tal modo additata ai medici, poco monta se da profani, la via che in siffatte contigenze dubbie mena allo scopo.

Per imbattersi nel primo autore che consiglia ex professo l'operazione sulla donna vivente e dà le regole per eseguirla e cerca di stabilirne le indicazioni, bisogna arrivare a Francesco

---

(1) « Appendix ad Roussetum » Vedi appresso.

(2) A dire di Mansfeld («Ueber das Alter des Bauch und Gebärmutterschnittes an Lebenden», Braunschweig, 1824, riv. in *Annali univ. di Med.*, Vol. 31, 1825, p. 459 63), che si fondava su scritture ebraico-rabbiniche, il taglio cesareo *in viva* risalirebbe ad epoca molto anteriore. Invece, secondo C. Braun, Schröder, Lusk, Kehrer, F. Winckel etc. il primo taglio cesareo fatto pensatamente appartiene a Geremia Trautmann, chirurgo di Wittenberg, il quale operò il 21. IV. 1610 su di una donna che era andata incontro nella gravidanza a ferita nel basso ventre, per cui si era formata un'ernia dell'utero. Il feto fu salvato, ma la madre soccombè dopo 25 giorni (Wachs « Der Wittenberger Kaiserschnitt von 1610 », Leipzig 1868).

(3) « Sermones medicinales ». Sermo VII, Tract. II. Sum. II, Cap. 46, Papiae 1484, fol. n. 6.

(4) « De medica historia mirabili Libri sex » Venetiis 1597, Lib. IV Cap. XXII, p. 157.

Rousset (1), che perciò va considerato come il padre dell'operazione cesarea.

L'apologia scritta dal Rousset a favore dell'operazione affascinò siffattamente le menti e destò tale entusiasmo che quegli trovò ben tosto dei seguaci, e questa fu subito spessissimo eseguita. G. Bahuin nella appendice alla sua versione latina del trattato di Rousset (2) ne confermava le conclusioni, e portava in appoggio dell'operazione 6 nuovi casi, tutti coronati da felice risultamento. Si pronunziavano del pari favorevolmente al taglio cesareo Rodericus a Castro (3), Scipione Mercurio (4), Bald. Rousseus (5) e Fabricio Ildano (6). L'atto operativo fu esperito anche nei casi in cui non era giustificato; vi fu un vero furore operatorio, come ben disse Potocki (7).

All'entusiamo esagerato successe, come era naturale, la reazione; e vediamo chirurgi valenti come Paré (8), Marchant (9),

---

(1) « Traité nouveau de l'hysterotomatokie ou enfantement caesarien etc », Paris 1581.

(2) « Υστεροτομοτοκια Rousseti gallice primum edita, nunc vero a C. B. opera latine reddita etc.» Basileae 1588.

(3) « De univ. mulier medic. etc. » Hamburg 1603 in-fol. Lib., IV. c. III, p. 281.

(4) « La Commare o Raccoglitrice », 1601 — Secondo Tommaso Cappellini « De Obstetriciis ad Partum naturalem conducentibus Tentamen historicum chirurgicum », Ticini, 1792), questo A. avrebbe data in Italia la prima descrizione del manuale operatorio del taglio cesareo — A proposito di quanto scrive Mercurio, mi sia lecito di far notare che le parole: « questa attione (il taglio cesareo) è così nota per quei paesi, (Francia) come in Italia il cavar sangue nelle doglie di testa » non vanno prese alla lettera, secondo che già ebbe a notare il Siebold (« Abbild. aus dem Gesammtgebiete der theoretisch-praktischen Geburtshülfe etc », Berlin, 1835, p. 333), come anche recentemente hanno fatto Potocki e Berlin, traducendo inesattamente il « così nota » in « d'un usage aussi frequent ».

(5) « De morbis mulier. » in: Opuscul. med., Lugd. Bat., 1618.

(6) « Epistola ad Doeringium » in: « Observ. et curation. chirurg. centuriae » Lugd. 1611.

(7) « De l'opération césarienne etc. » *Annales de Gynéc.*, 1886, p. 186.

(8) « Deux livres de Chirurgie: 1, De la génération de l'homme et manière d'extraire les enfans hors du ventre de la mère etc », chap. 38°, Paris 1573.

(9) « Declam. in apologiam Fr. Rousseti, quibus paradoxon de caesareo partu impugnatur » Paris 1598.

Viart, Brunet, Guillemeau (1), Mauriceau (2), Peu (3), Dionis (4), ecc. sollevarsi contro gl'insegnamenti del Rousset. L'operazione, che era stata generalmente condannata durante il secolo XVII, tornò ad acquistare credito nel secolo seguente. Vi contribuirono: Ruleau, chirurgo di Xaintes, col suo trattato (5) e col successo riportato nel 1707; Simon coi suoi lavori statistici (6) in cui, riportando 70 operazioni praticate dal 1500 al 1742 con 38 guarigioni materne, arrivò alle conclusioni: 1° che l'operazione cesarea è possibile; 2° che essa costituisce un mezzo capace in certi casi per salvare madre e figlio; 3° che essa può essere praticata più volte sullo stesso soggetto; Levret (7) che si studiò di rendere metodico l'atto operativo, e ridusse a due le numerose indicazioni ammesse dal Rousset, cioè l'angustia pelvica talmente pronunziata da rendere impossibile il passaggio di un feto a termine, e la gravidanza extrauterina (8); e poi Stein sen. (1775), che se ne fece promotore in Germania; Deleurye (1778), Lauverjat (1788), Baudelocque zio (1795), ecc. Si può dire che verso la metà del secolo XVIII il taglio cesareo acquistò definitivamente domicilio nella scienza e nella pratica, ad onta delle violenti requisitorie del Sacombe (9), che nel 1798 fondò una scuola anticesarista, e della lotta ad oltranza fattale dai fautori della sinfisiotomia.

---

(1) « Oeuvres completes de Chirurgie » Rouen 1649, libr. IV, chap 28.

(2) « Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées » Paris 1681, pag. 342.

(3) « Pratique des Accouchements » Paris 1694, p. 336.

(4) « Traité général des Accouchements » Paris 1718, pag. 313-16.

(5) « Traité de l' opération césarienne et des accouchements difficiles et laborieux » Paris 1701.

(6) « Recherches sur l'opération césarienne » *Mémoires de l'Acad. royale de Chirurgie*, 1743, tom. I. p. 623; Ibid, 1753, tom. II, p. 308.

(7) « Observ. sur les causes et accidents de plusieurs accouchements laborieux » Paris, 1770, p. 420.

(8) Questa ai tempi di Levret era ancora considerata erroneamente come un'operazione cesarea.

(9) « Encore une victime de l'opér. césar., ou le cri de l'humanité » Paris 1796; — « Les douze Mois de l'école anticésarienne » Paris 1797; — « Rech. et réfl. sur l' op. cés. » Paris 1798 — « École anticésarienne » Paris 1798.

A misura che l' operazione fu praticata, si sentì il bisogno d'introdurvi delle modifiche; ma di queste mi occuperò facendo la storia dei vari processi.

Per evitare ripetizioni ed essere più comprensivo esaminerò uno dopo l'altro i tempi dell'operazione rilevando le principali varianti apportate a ciascuno.

Ma prima registrerò i pareri circa **il momento in cui praticare l' operazione.** Levret (1) fu di avviso che bisogna operare prima della rottura delle membrane, perchè " l'estensione che si darà alle incisioni, tanto delle parti contenenti, quanto del corpo dell'utero, si troverà molto meno grande dopo l'estrazione del feto che se le acque fossero colate avanti l' operazione. L'A. divise l'opinione di Rousset e Rouleau, che ammonirono di essere molto circospetti nell'operare allorquando sono preceduti tentativi imprudenti di liberazione. Baudelocque (2), preoccupandosi egualmente del momento dell' intervento, assegnò all' operazione un tempo di necessità ed uno di elezione, secondo che il sacco amniotico è rotto o integro. Un autore (che Baudelocque cita senza darne il nome) non volle che si operasse al principio del travaglio e prima che le acque fossero evacuate, perchè " si rischierebbe di lasciare l'utero nell' inerzia sbarazzandolo troppo prontamente; il che procurerebbe infallibilmente una perdita che condurrebbe senza dubbio la donna al sepolcro „. Richter (3) fece osservare che, se s' intraprende l' operazione ad orifizio uterino ancora chiuso, i lochii vengono trattenuti nella matrice, si versano nella cavità addominale e quivi inducono infiammazione. Stein sen. (4), El. v. Siebold (5), Wigand (6), Busch (7), Nannoni furono

---

(1) Loco cit., pag. 430 1.

(2) « Dell'ostetricia », Versione ital. di Pasquale Leonardi Cattolica, Napoli, 1834, Tom. IV, p. 90-1.

(3) « Anfangsgründe der Wundarzneykunst » Göttingen 1804, Bd. VII, p. 69.

(4) « Practische Abhandlung von der Kaisergeburt in zwo Wahrnehmungen Ein Progr». Cassel, 1775; e « Arte Ostetricia», trad. dal tedesco, con l'aggiunta di alcune osservazioni preliminari, da G. B. Monteggia.

(5) « Lehrbuch der prakt. Entbindungskunde etc.» 1821, B.I. II, p. 397-8.

(6) « Ein Vorschlag den Kaiserschnitt betreffend ». In *Beiträge z. theor. u. prakt. Geburtsh*, Hft 2, p. 95.

(7) « Lehrbuch der Geburtskunde», Marburg 1829.

di parere che, nei casi in cui è possibile la scelta del momento, si facesse l'operazione avanti la rottura delle membrane; alcuni, come El. v. Siebold vollero che la si praticasse non appena il collo è scancellato e dilatato l'orificio interno; invece Jörg (1), Osiander padre (2), Carus (3) ecc. desiderarono che l'operazione si intraprendesse dopo la rottura del sacco. C. F. Graefe (4) fu il solo a sostenere che bisognasse attendere, per operare, che la dilatazione fosse quasi completa, le acque colate, la bozza sierosanguigna formata, e i dolori arrivati alla loro forma espulsiva.

Stein sen., El. v. Siebold, Ed. v. Siebold, ecc. commendarono di operare possibilmente di giorno.

Intorno alla quistione, se **rompere o no le membrane** per la via della vagina avanti l'operazione gli autori espressero vario parere. I più, Levret, Baudelocque, Desormeaux, Velpeau, Cazeaux etc., furono di avviso di lasciare intatte le membrane. Desormeaux (5) fece riflettere che l'effusione del liquido amniotico nel peritoneo può essere facilmente evitata durante l'operazione, e del resto le acque dell'amnios sono il liquido più inoffensivo che possa esser messo a contatto col peritoneo; in quanto poi all'inerzia, che si suppone dover seguire al vuotamento troppo rapido dell'utero, l'A. opinò essere affatto improbabile che si verifichi, grazie all'irritazione prodotta dalla ferita, dal contatto dell'aria, dai movimenti necessarii per estrarre il feto e la placenta. Operando a membrane intatte, la matrice, non essendo stata irritata per niente dal contatto del corpo del feto, trovasi nella migliore condizione possibile per sopportare la ferita che le si inferisce, la quale si ridurrà in seguito alla contrazione dell'organo ad una dimensione tanto più piccola, per quanto l'utero era più disteso nel momento in cui quella venne praticata. Altri ostetrici, Carus, Ed v. Siebold, Jacolucci, Guéniot etc.,

---

(1) « System. Handbuch der Geburtsh. », Leipzig 1807, p. 347.

(2) « Handbuch d. Entbindungskunst », 1821, Bd II, Abth. 2, p. 366 e seg.

(3) « Lehrbuch der Gynäkologie etc » Leipzig 1820, Th. II, p. 353.

(4) « Ueber Minderung der Gefahr beim Kaiserschnitte etc ». In *Graefe 's und v. Walther 's Journal* etc. 1826, Bd. IV. Hft 1. pag. 1 e seg.

(5) In: « Dict. de méd (Desormeaux e P. Dubois) 2. éd., Paris 1831. tom. VII.

furono invece di opinione di rompere le membrane avanti l'atto operativo, affine di evitare il versamento del liquido amniotico nel peritoneo. Jacolucci (1), al cui avviso si sottoscrivevano anche il Prof. Morisani (2), Testa e Novi (3), fece notare che, comportandosi così, s'imita per quanto è possibile il procedimento che tiene la natura nei parti regolari, e si minorano i danni dell'istantaneo vuotamento della matrice; inoltre l'operatore può meglio assicurarsi della vita del feto, e si possono raccogliere altri segni preziosi dallo scolo del meconio e dalla procidenza del cordone. L'A. ritenne la rottura delle membrane prima dell'operazione come una delle circostanze che valsero ad assicurare il successo nel suo caso.

Per quanto riguarda l'**apparecchio strumentale**, Nufer fece la operazione con un coltello da barbiere, e per questa ragione molti ostetrici antichi, come per es: Völlter (4), consigliarono un simile strumento. Solingen (5), Dionis (6), Levret e Zeller (7) proposero ciascuno un bisturi speciale, e Stein sen. due, uno per l'incisione ed un altro per lo ampliamento tanto della ferita addominale che uterina (8). Ed v. Siebold (l. c. p. 340) avvertiva che non sono necessarii bisturi speciali. Gli strumenti che furono commendati variamente sono: un bisturi panciuto ed uno bottonuto di Pott, una sonda scanalata, delle forbici, l'uncino di Broomfield, alcune pinzette per l'allacciatura dei vasi sanguinanti, parecchi aghi da cucitura diritti e curvi, un catetere da donna, spugne fine e voluminose, refe incerato, filacce in pallottole ed in faldelle, diverse strisce di cerotto adesivo larghe 2 traversi di dito

(1) « Caso di parto cesareo, per mezzo del quale si salvò la vita della madre e del feto » *Il Morgagni* 1862, p. 719.

(2) « Dei restringimenti del bacino e delle indicazioni che presentano nel tempo del parto » Napoli 1863, p 176

(3) « Il parto cesareo in Napoli ed un caso di guarigione » *Atti dell'Accad. med. chir.*, Napoli 1876.

(4) « Neu eroeffnete Hebammen - Schul etc », Stuttgart 1679, p. 208.

(5) « Handgriffen der Wundartznei », Frankf. a. d. O. 1693, p. 363 e Tab. 6. fig. 13.

(6) « Cours d'opérations de chirurgie », Bruxelles 1708, fig. 12.

(7) « Lehrbuch der Geburtskunde », Wien 1803, Tav. I.

(8) « Anleitung zur Geburtshülfe », Marburg 1805, p. 309, e Tab. 6, fig. 3 e 4.

e lunghe tanto da abbracciare una volta e mezzo il ventre, vari piumacciuoli spalmati di cerato o di olio caldo, una siringa, delle cannucce di gomma elastica per praticare iniezioni, se necessarie (Velpeau) (1), una sindone, delle compresse, una fasciatura a corpo, ed infine tutto ciò che può occorrere per rianimare il feto, nel caso di asfissia. Ed. v. Siebold, Kilian (2), ecc. consigliarono di tener pronto anche il forcipe.

A misura che ci avviciamo all'era moderna l' apparecchio strumentale andò sempre più perfezionandosi e semplificandosi.

In quanto agli **assistenti**, Ed v. Siebold (3) avvertiva che in niuna altra operazione ostetrica v' ha bisogno di un numero così grande di aiutanti, come nel taglio cesareo. Alcuni, per es: El. v. Siebold, consigliarono di averne a disposizione tre, altri, come Kilian, sei; quasi tutti coloro che si occuparono di questo argomento prima dell' introduzione della narcosi nell'operazione in esame prescrissero che uno o due aiuti fossero adibiti a tener ferme le estremità inferiori della donna, affinchè questa non facesse movimenti disordinati in seguito al dolore prodottole dal taglio delle pareti addominali, ed uno avesse lo incarico di porgerle conforto. Gli scrittori posteriori vollero in generale che il numero degli assistenti non fosse inferiore a sei: tre destinati al campo operativo per coadiuvare direttamente l' operatore, un quarto alla narcosi, un quinto a somministrare gli strumenti e tutto ciò che può bisognare nel corso dell' operazione, un sesto infine a rianimare il feto, nel caso nascesse asfittico.

Il **luogo dell'operazione**, secondo Kilian, fa mestieri sia una stanza larga, salubre ed abbastanza luminosa, la quale dopo deve servire come stanza di puerperio, per cui bisogna essere molto cauti nella scelta. Dovendosi operare di notte, lo stesso A. commendava, come mezzo migliore, di servirsi di candele di cera, dello spessore di un cannello di penna, unite insieme e 4-5 volte ritorte su sè stesse, giusta la proposta di Dupuytren. Naegele e G. Mayer (4) desideravano che la temperatura della stan-

(1) « Trattato completo d'Ostetricia » Versione ital. di G. Coen, Venezia 1836. p. 388.

(2) « Die Operative Geburtshülfe », Bonn 1849, Bd. II, p. 746-7.

(3) Loco cit., p. 325.

(4) « Sulla gastro-isterotomia », Napoli 1867, p. 97.

za fosse piuttosto elevata, risultando dalle osservazioni di Clay sull'ovariotomia, che operandosi in luogo riscaldato l'esito è più favorevole.

Circa il **sito della partoriente**, Baudelocque zio raccomandava un letto assai stretto ed assai elevato, perchè l'operatore e gli aiutanti potessero agire liberamente e col minor incomodo possibile; farebbe d'uopo, secondo l'A., che fosse lo stesso letto in cui la donna deve passare i primi tempi del puerperio, affinchè non sia necessario di smuoverla subito dopo l'operazione; El. v. Siebold proponeva il suo letto da parto; Ed. v. Siebold, Kilian, Mayer, ecc., come sito migliore, un tavolo provvisto di un materasso e cuscini.

Aitken (1) e Sarrois (2) volevano che durante l' operazione la donna restasse immersa nell'acqua, onde impedire l' entrata dell'aria nel peritoneo.

Quasi tutti gli autori prescrissero tassativamente di far vuotare la vescica ed il retto avanti di accingersi all'atto operativo.

Il parto cesareo fu praticato per lunghissimo tempo senza anestesia. Gli autori antichi affermarono che solo il taglio delle pareti addominali riusciva doloroso, laddove quello dell' utero appena era avvertito dalle pazienti (Velten (3), Kilian etc.). Per combattere il dolore prodotto dal taglio delle pareti ventrali furono consigliati ed adoperati a principio i narcotici, specie gli oppiacei. Dopo la scoperta dell' etere e del cloroformio e l' introduzione della anestesia eterea e cloroformica nella pratica ostetrica per opera di Simpson, i narcotici furono completamente abbandonati. Con l'uso della **narcosi generale**, oltre a combattersi il dolore fisico, venne sottratta la paziente alla tortura morale che provava nel vedersi aprire il ventre, come Stoltz (4) con felice espressione ebbe a dire. L' etere ed il cloroformio furono variamente commendati ed usati. Stoltz accettava l'uso del cloroformio con certe riserve, fondate soprattutto sul timore dei vomiti; E. Hu-

---

(1) « Principles of Midwifery », 1785.

(2) These, Montpellier 1803.

(3) In: *Graefe u. Walther's Journal*, Bd. XI, Hft 4.

(4) Art « Opération césarienne » in: Nouv. dict. de méd. et de chir. pratiques, Paris 1867, tom. VI, p. 698.

BERT (1) consigliava di prolungare l' anestesia fino al momento dell'incisione dell'utero: si ricorse anche con successo alla **narcosi locale** col processo di Richardson (2). HARRIS (3) proponeva questa anestesia, ritenendo, che la narcosi generale col cloroformio, oltre a provocare i vomiti, predisponesse alle emorragie per inerzia dell'utero; l'A. affermò che l'operazione cesarea riusciva meglio avanti la scoperta degli anestesici, probabilmente perchè le operate non soggiacevano agli effetti secondarii di questi agenti. PINARD espresse un parere analogo.

Mezzi per evitare la fuoriuscita dell'epiploon e delle intestina. — All'uopo furono raccomandati vari mezzi: si cercò di evitare l'accidente facendo l'incisione esterna in un sito piuttosto che in un altro, in una anzi che in un' altra direzione; GRAEFE (4) ebbe l'abitudine di far respingere le intestina verso i lati; e, previa applicazione di tre spugne da bagno immerse in acqua calda e spremute, lunghe 1 piede, larghe 1[2 e spesse 3 pollici, una in senso trasversale verso il fondo della matrice e le altre due ai lati di questa intorno al sito dove il taglio doveva praticarsi, di far premere fortemente sulle medesime all'ingiro. Tale processo, adoperato con esito favorevole e reso noto dal citato A. , sarebbe stato già prima, al dire di ED. v. SIEBOLD (5) tradotto in pratica e proposto da HEDENUS; KLUGE trovò questa pratica molto opportuna nel taglio cesareo che fece nel 1827 nell' Ospedale della Charité, e che fu descritto da BOBERTAG (6); WALTHER e VELPEAU (7) ricorsero allo stesso espediente; JOHANNECHT (8) nel suo caso in-

(1) « Cours d'Accouchements professé à l' Université catholique de Louvain » 1878, Vol. II, p 166

(2) RICHARDSON « Local anaesthesia in a case of caesarean section» *Med. Times and Gaz.*, London 1866, 7 aprile; e GREENHALGH Ibid., 5 May 28 July e 25 August.

(3) « A study and analysis of hundred caesar. operat. performed in the United States etc. » *The Am. Journ. of med. sc., Phila.*, 1879.

(4) Loco cit., p. 15 e seg.

(5) Loco cit., e Annotazione a pag. 341. Riscontr. anche la tavola 58ª dell'atlante annesso a questa opera.

(6) « De periculis, quae e sectione caesarea puerperis contingunt », Berolini 1827.

(7) Velpeau, loco cit., p. 338.

(8) In: *Abhandlungen und Beobachtungen der ärztlichen Gesellschaft zu Münster*, Münster 1829, Bd. I, p. 350.

vece di spugne si servì di tovaglioli arrotolati e l' esito fu del pari felice. Ma si fece riflettere da E. v. Siebold, e specialmente da Kilian, che, a malgrado della pressione accuratissima fatta con l'aiuto delle spugne, può aversi la fuoriuscita delle intestina, come difatti si verificò più di una volta, e che in questi casi la riposizione dei visceri è legata a difficoltà molto più grandi, che quando la fuoriuscita dei medesimi avviene sotto le mani applicate immediatamente sulle pareti addominali; epperò questi autori diedero il consiglio di servirsi a preferenza delle mani, come quelle che, bene adoperate, sono in grado di riporre le parti prolassate nel modo più rapido e sicuro.

Incisione dell'addome. Molto svariate furono le norme assegnate dai diversi scrittori circa il mezzo con cui fare l'apertura del ventre, il sito e la direzione, la lunghezza del taglio ed il modo di esecuzione del medesimo.

1.° *Mezzo con cui fare l' apertura del ventre.* A principio venne adoperato un rasoio, e secondo Rousset anche il ferro rovente, ma ben tosto a questi mezzi fu sostituito il bisturi. Depaul propose di conseguire l' apertura dell'addome con l' applicazione della pasta di Vienna (ved. appresso: sutura utero-parietale).

2.° *Sito e direzione.* Come ben fa osservare Baudelocque zio, " non vi è quasi alcun sito del bassoventre in cui non siasi praticata la incisione esteriore nell' operazione cesarea „. (1) Gli autori antichi raccomandarono di fare il taglio nel lato sinistro, per la ragione che, come dice Guy de Chauliac (2), " questa parte è più libera della destra, a cagione del fegato „. Rousset e Rouleau in caso di una malattia del fegato o della milza consigliarono di farla sul lato opposto, ed in caso di ernia sul sito di questa; Levret sul lato opposto a quello dove sta l'ernia o un tumore, e sul lato verso il quale è inclinato il fondo uterino e

(1) Loco cit., p. 93.

(2) « La Grande Chirurgie de Guy de Chauliac, chirurgien, maistre en Médecine de l'Université de Montpellier, composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscripts et imprimés latins et français etc., par E. Nicaise », Paris 1890, p. 549-50.

che sporge di più, lato preferito anche da Gardien (1); Millot (2) al contrario raccomandò il lato opposto, allo scopo di non interessare la placenta, che credeva inserirsi dal lato dove l'utero è deviato. Alcuni autori fecero e commendarono il taglio in direzione longitudinale, altri in direzione trasversale, altri infine in direzione obliqua. Sotto il rapporto del sito e della direzione della incisione i numerosi processi proposti possono ridursi a cinque principali, cioè il laterale, il mediano, il trasversale, il diagonale, quello di Osiander.

a) *Processo dell'incisione laterale o degli antichi.* È il più antico di tutti, e fu proposto fin dal 1363 per l'operazione *post-mortem* da Guy de Chauliac (3), il primo autore cui si deve un'esatta descrizione della tecnica del parto cesareo in donna morta. Questo processo fu consigliato per la donna vivente da Rousset e Rouleau, ma soprattutto da Levret, il quale giudicando che questi due scrittori avessero troppo vagamente assegnato il decorso della incisione, lo determinò più precisamente, donde il processo fu detto di Levret. " Bisogna dapprima, secondo l'A., immaginare una linea che sarebbe tirata un poco obliquamente d'avanti indietro e che partirebbe dall'estremità anteriore del labbro superiore dell' osso iliaco per portarsi all' unione dell' ultima costola vera con la sua cartilagine, e mantenersi nel mezzo tra questa linea e la linea alba „ (4). Stein il vecchio (5) caldeggiò lo stesso processo; se non che desiderò che il taglio avesse un decorso alquanto obliquo d' avanti ed in basso verso sopra e di lato. Peu volle che l'incisione fosse a foggia di semiluna con gli estremi terminanti in prossimità della linea alba.

b) *Processo dell'incisione sulla linea alba, o mediano.* Secondo

---

(1) « Trattato completo dei parti etc ». Firenze 1820, Tom III, p. 55.

(2) « Observ. sur l'opér. dite césar. faite avec succès », Paris 1799.

(3) Loco cit. — Speravo di trovare qualche cenno intorno alla stessa operazione nel trattato di chirurgia di Henri de Mondeville (« Chirurgie de Maitre Henri de Mondeville, etc.... composée de 1306 a 1320. Trad. franc. avec de notes, une introductione et une biographie par E. Nicaise », Paris 1893), per essersi lo Chauliac ispirato all' opera del suo antecessore, ma nel detto trattato non se ne fa parola.

(4) Loco cit., p. 436.

(5) Luoghi citati.

Osiander, Nufer avrebbe adoperato questo processo nell'operazione sulla propria moglie (vedi innanzi), ma una tale osservazione non è appoggiata da documenti. Pietro de la Cerlata, ossia di Argelata (1), professore a Bologna, ne fece menzione pel primo all' inizio del secolo XV, consigliando che il taglio dovesse estendersi *a pomo granato* (2) *usque ad os pectine*; però Mauriceau fu il primo a descriverlo con tutta la precisione possibile, donde la denominazione di processo Mauriceau. Questo A. lasciò scritto (3): " se si vuol ritenere la mia opinione, l'operazione cesarea sarà meglio e più destramente praticata facendo l'apertura proprio nel mezzo del ventre, tra i due muscoli retti, poichè in questo sito si debbono tagliare soltanto gli integumenti e la linea bianca „. " Può recar meraviglia, scrive Pinard (4), che Mauriceau, il quale si dichiara avversario dell' operazione cesarea, abbia descritto un processo per praticarla, ma noi faremo osservare che questo A. descrive questo processo perchè sia messo in pratica sulla donna morta „. Un chirurgo contemporaneo di De la Motte, al dire di questi (5), avrebbe fatto ricorso al processo in esame; il quale fu più tardi consigliato da Platner (6), ed eseguito due volte con esito fausto da Guenin (7), chirurgo di Crepy; secondo Baudelocque (8), Solayres nel 1760 nelle sue lezioni sull'arte ostetrica raccomandava lo stesso processo, che, se non potè tradurre in pratica, si fu per mancanza d'occasione di fare l'operazione cesarea; Henkel (9), professore di chirurgia in Berlino, lo adoperava nel 1769, e Lauverjat nel 2 agosto 1778,

---

(1) « Praeclarum ac utilissimum opus Petri de Argellata Bononiensi », Venetiis, 1480.

(2) Il pomo granato, per Falloppio, era l'appendice xifoide (« Expositio de Ossibus » Cap. XXIV; e « Oper. omn. », Francf. 1581).

(3) Loco cit, p. 350 e 361.

(4) Loco cit., p. 21, nota.

(5) « Traité complet des accouchements ». Vol. II, Paris 1765, p. 1029.

(6) « Institutiones chirurgiae rationales etc. », Leipzig. 1745.

(7) « Histoire de deux opérations césariennes faites avec succès ». Paris 1750.

(8) Loco cit., p. 95.

(9) *Nova Acta physico-med. Acad. caes. Leop.* Tom. V. Obs. 31, p. 96— riscontr. anche: C. Franc. Oppenstock, « Bohemopragensis Dissertatio inaug. medico-chirurgico-obstetricia, de hysterotomia », Viennae 1776.

entrambi con esito sfavorevole. Deleurye, dal cui nome alcuni autori hanno voluto intitolare questo processo, non ne aveva alcuna idea nel 1770, quando pubblicò la prima edizione del suo trattato d'Ostetricia (1), poichè non ne fece motto, e consigliò invece l'incisione laterale, che eseguì nel 1772; e fu solo nel 1779 che si fece propugnatore del taglio della linea bianca (2) da lui sperimentato con successo nel 1778, dopo però che Lauverjat aveva comunicato l'insuccesso del suo caso all'Accademia reale di Chirurgia. Ma se Deleurye non può essere ritenuto come l'inventore del processo in esame (e del resto egli stesso non ne attribuì la idea a sè, sibbene a Warroquier chirurgo di Lilla, in Fiandra), non gli si può negare il merito di avere più d'ogni altri contribuito a volgarizzarlo. Questo processo s'ebbe poco dopo in Francia l'appoggio validissimo d'un Baudelocque (3), ed in Germania più tardi quello non meno potente d'un Kilian (4), e finì per essere universalmente adottato. I suoi fautori gli attribuirono i seguenti vantaggi: che con esso non è possibile di ledere l'arteria epigastrica; non s'interessano muscoli; l'utero si presenta scoperto, essendo raro che in questo sito le intestina siano interposte fra la matrice e la parete addominale; s'incide l'utero nella sua parte media, dove i vasi hanno un calibro più piccolo, e nella direzione delle sue fibre principali; si può conservare il parallelismo della ferita addominale e dell'uterina, favorendosi così lo scolo dei lochii attraverso l'angolo inferiore della ferita allo esterno, ecc. Ma dagli avversarii del processo si affermò: che con esso si corre facilmente il rischio di ferire la vescica; la cicatrizzazione della ferita esterna si compie con grande lentezza, causa la natura fibrosa dei tessuti tagliati; la cicatrice residuale è poco solida, per cui quasi sicuramente insorge l'ernia addominale dopo la guarigione.

Allo scopo di evitare questi inconvenienti fu prescritto, secondo consigliarono Osiander jun. e Langebeck (1), di fare il ta-

---

(1) «Traité des accouchements», p. 273-74.

(2) «Observations sur l'opération césarienne à la ligne blanche». Paris 1779.

(3) Loco cit.

(4) Loc. cit., p. 724.

(5) Osiander, J. Fr. «Ursachen und Hülfanzeigen etc», pag. 225. Nota.

glio lungo il margine interno del muscolo retto a circa 3 cm. di distanza dalla linea mediana. Questa variante fu tradotta in atto prima del 1838, al dire del PETREQUIN (1), dal nostro DE BILLI, e successivamente venne raccomandata anche da MALGAIGNE (2), il quale volle che si praticasse il taglio a 2 pollici in fuori dell'ombelico, poichè è a presumersi che quando le pareti addominali tornano su sè stesse, la divisione della pelle e delle aponevrosi risponde alla divisione dei muscoli che faranno ostacolo alla uscita delle intestina. Lo stesso A. più tardi (3) desiderò che il taglio fosse un poco obliquo d' alto in basso e da fuori in dentro, con l' estremo superiore almeno un pollice in fuori della cicatrice ombelicale e con l'inferiore distante circa 1|2 cm. dalla linea mediana; e ciò perchè il divaricamento che esiste tra i margini interni dei muscoli retti decresce dall'ombelico al pube. MAYER, fautore di questa ultima modifica, vi fece ricorso nel suo caso (4). Scorrendo i quadri statistici del CORRADI trovo che anche qualche altro operatore non fece l'incisione sulla linea bianca, ma parallelamente a questa, ad una distanza variabile da 1|2 cm. a tre traversi di dita.

c) *Processo dell' incisione trasversale.* Fu raccomandato la prima volta da DUNCKER (5), il quale praticò un taglio trasversale di 5-6 pollici attraverso i due muscoli retti e la linea alba fino alla *linea Spigeliana*, ed inoltre venne messo in pratica, secondo narra BAUDELOCQUE (6), nel 1772 da un chirurgo del villaggio di Attichi, presso Compiegne, con buon successo, mercè un'incisione

---

(1) « Voyage en Italie » Gaz. méd. de Paris, 1838, Janv., pag. 36. Però solo in 3 casi su 15 DE BILLI praticava l'incisione lateralmente, laddove nei rimanenti la faceva sul decorso della linea alba, come egli stesso fa notare. « Sulla I. R. Scuola d'Ostetricia ed annesso Ospizio delle Partorienti in Milano e sulle cose più notabili osservatesi nella Clinica Ostetrica di detto Ospedale, (*Annali univ. di Med.*, 1844, Vol. 111, p. 315).

(2) « Traité d' Anat. chirurg. et de chir. expérimentale », Bruxelles 1838, p. 280.

(3) « Manuel de Méd opérat. » Paris 1861, pag. 800.

(4) Loc. cit. p. 131.

(5) « De optima ratione administrandi partum caesareum », Buisb., 1771.

(6) Loco cit., p. 101.

tra l'ombelico e il disotto delle false coste del lato dritto; un'altra volta da Sanson sulla moglie di un vignaiuolo del villaggio di Roinville-sous-Anneau, con un taglio ad un mezzo pollice al di sotto dell' ombelico; ed infine da Lebas, di Mouilleron, il quale, avendo fatto il taglio troppo alto, ne praticava un altro obliquamente al di sotto. Però questo processo fu descritto con esattezza e praticato due volte felicemente da Lauverjat (1), per la qual cosa ne porta il nome. " Bisogna, dice l' A., fare una incisione trasversale di 5 pollici alle parti contenenti del basso ventre sotto le quali trovasi la matrice, tra il muscolo retto e la colonna vertebrale, più o meno al di sotto della 3ª falsa costa, secondo che il fondo uterino ne sarà più o meno allontanato ". Lauverjat, che prima era stato partigiano dell' incisione sulla linea bianca, in seguito ai due insuccessi ottenuti con questo processo consigliò il taglio trasversale attribuendogli i seguenti vantaggi: si evitano le arterie epigastriche e lombari; le fibre dei muscoli non vengono incise trasversalmente, ma secondo la loro direzione e quindi interessate in piccolo numero; rispettandosi i 2[3 inferiori dell'utero, poichè si cade col taglio sul fondo, si lascia un' ampia cavità come un imbuto per ricevere e favorire il deflusso pel collo dei lochii, impendendone il versamento nel peritoneo; il parallelismo delle incisioni addominale ed uterina si conserva con molta facilità; manca il divaricamento dei margini della ferita uterina; la sutura addominale è inutile, perchè la situazione quasi naturale da darsi alla operata (testa piegata sul tronco, cosce flesse) basta a tenere esattamente avvicinati i margini della ferita; finalmente l'angolo esterno della soluzione di continuo, occupando un punto declive, fa sì che gli stravasi addominali sieno incomparabilmente meno da temersi che con gli altri metodi. Ma ad onta che Lauverjat decantasse tanto i pregi dell'incisione trasversale e ne ottenesse due esiti fausti, egli non trovò imitatori, e si dichiararono fautori del processo soltanto Wood (2) e Coutouly (3), e in un'epoca a noi più vicina John Burns (4).

---

(1) « Nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne etc. ». Paris 1788.

(2) *Med. and. phys. Journal*, Vol. VI (citato da Kilian).

(3) *Journal de Medecine par Sedillot*, 1809, vol. 34. Marzo.

(4) « Principles of Midwifery etc » Sixth. Ed., London, 1824 p. 477.

d) Processo dell' incisione diagonale, od obliqua. Appartiene a Stein jun. (1): il taglio deve essere fatto obliquamente sopra tutto il ventre " nella direzione da un estremo della branca orizzontale del pube di un lato attraverso la linea alba allo estremo dell' ultima costola spuria del lato opposto „. Questo processo trovò pochi seguaci, fra i quali sono da ricordarsi Schmidtmüller (2) e Busch (3), il quale lo sperimentò una volta con insuccesso. Secondo Kilian (4), non vi fu un caso coronato da esito felice tra i parecchi operati con questo processo. Va qui ricordato, come molto analogo al descritto, il processo di Zang (5). Secondo questo A. si deve praticare un taglio dal mezzo della linea alba del lato destro, per es., fino ad 1-1 1|2 pollice distante dal mezzo della branca orizzontale del pube dello stesso lato, legando l'art. epigastrica; ed un secondo taglio nel lato opposto da sopra in sotto e da fuori in dentro, che incontri il primo in corrispondenza della linea alba e formi con esso un'unica incisione obliqua. Per quanto si conosce, questo processo non sarebbe stato giammai adoperato *in viva.*

Meritano di trovar posto qui i processi proposti da Velpeau e da Guéniot, come quelli che consigliano egualmente una incisione obliqua. Velpeau (6), al pari di Levret, fu d' avviso che il taglio deve corrispondere al lato più prominente della matrice, il quale prima della rottura delle membrane è quasi sempre il destro, mentre dopo il colo delle acque corrisponde ordinariamente alla linea alba. Nel primo caso, ed ogni volta che l'utero è fortemente inclinato, l'A. credè che valga meglio eseguire l'incisione obliquamente d'alto in basso e da fuori in dentro, come se si trattasse di legare l' arteria iliaca interna col processo di Abernethy, allo scopo di evitare l'arteria epigatrica e di restare

---

(1) « Geburtshülf. Abhandlungen », Marburg 1803, p. 125; e « Lehre der Geburtshülfe », 1827, Th. II, p. 482.

(2) « Jahrbuch der Geburtshülfe etc. » Erlangen 1807, Stck. 1, p. 218.

(3) « Geburtshülf. Abhandlungen », Marburg, 1826, p. 178 e seg.

(4) Loco cit., p. 713.

(5) « Darstellung blutiger heilkünstl. Operationen », Bd. III, Abth. I, p. 342 e seg.

(6) Loco cit., p. 387.

al di fuori del muscolo retto. Guéniot (1) consigliò come Velpeau un' incisione obliqua secondo il grande asse dell'utero, vantaggi della quale sarebbero: di poter tagliare nella regione mediana l'utero, rispettandone la inclinazione e torsione, e di permettere alla ferita ventrale ed uterina di conservare il loro parallelismo, favorendo così lo scolo dei lochii ed impedendone il versamento nel peritoneo.

e) *Processo di Osiander.* Fu ideato da *Osiander padre* (2), e consiste nell'introdurre una mano dalla via della vagina nell' utero; nell' afferrare la testa del feto e respingerla contro la parete anteriore dell'utero, da farle fare una sporgenza nell'ipogastrio; e nel praticare con l'altra mano sulla protuberanza formata dal capo un'incisione alquanto obliqua nella direzione del muscolo piramidale per l'estensione di 4 o al massimo 5 pollici, interessante soltanto il segmento inferiore dell'utero; ed infine nel fare uscire attraverso la breccia fatta la testa e poi il resto del corpo del feto. L'A. operò due volte (1805 e 1806) con questo processo, ma in entrambe con esito infausto. Nel fare la critica di questo processo, Ed v. Siebold (3) e Kilian (4) facevano notare che un bacino angusto nei limiti del parto cesareo in generale non permette l' introduzione della mano nell' utero. Per queste e per altre considerazioni il processo di Osiander non incontrò il favore degli operatori e fu condannato dall'universale.

3.° *Lunghezza del taglio.* Come pel sito e per la direzione dell'incisione, così anche circa la sua lunghezza gli autori non furono di accordo. Rousset e Rouleau vollero che il taglio fosse lungo circa 1|2 piede, più o meno secondo la maggiore o minore grandezza del corpo della paziente; Mauriceau proporzionava la estensione del taglio a quella dell' utero; Heister (5) consigliava

(1) « De l'operation césarienne a Paris et des modifications qu'elle comporte dans son execution ». *Bulletin général de Thérapeutique*, 1870.

(2) Göttingische gelehrte Anzeigen, 1812, Stück. 197, p. 1961; *Comment.* Societ. reg. Scient. Gotting. rec. Vol. II. 1813. p 1 e seg.; « Handbuch der Entbindungskunst ». Bd. II Abth. 2. p 312 e seg. § 185 e seg.

(3) Loco cit., p. [illegible]

(4) Loco cit., p. [illegible]

(5) « Institutiones chirurgicae » Ed. Amsterdam 1750, Pars II, Sect. V, Cap. 112, p. 718.

un'incisione di 27 ctm. Stoltz (1) di 25, Smellie ed Ed. v. Siebold di 16-19, Guéniot di 16-18, Kilian, Naegele e Grenser (2), di 16 cm. almeno, Malgaigne e Mayer di 13 1|2—16, Cazeaux e Tarnier (3) di 13-16, Jacquemier (4) di 13-14, Hubert padre di 13-13 1|2, (5), Ungarelli di 9 proprio nel sito dove corrispondono i piedi (6), ecc.

Quasi tutti gli autori diedero il consiglio di far terminare l'estremo inferiore della incisione a 2 traversi di dito circa sopra della sinfisi; e, dovendosi ingrandire l'apertura, anzi che prolungare il taglio in basso, di estenderlo in alto, contornando l'ombelico a sinistra e non a destra, per rispettare il *ligam. hepatis teres* e la possibile anastomosi tra la vena ombelicale e la epigastrica notata, secondo registra Velpeau, da parecchi anatomici.

4.° *Modo di esecuzione del taglio.* Rousset, Ruleau, Heister, ecc. raccomandarono di segnare coll'inchiostro la estensione e la direzione del taglio, la qual pratica fu dichiarata inutile per un ostetrico esercitato da Ed. v. Siebold, Kilian, Stoltz, ecc., e cadde ben presto nell'oblio. Si consigliò dai più di assicurarsi mercè la percussione dell'assenza di anse intestinali nel sito da incidersi, come pure di tendere la pelle col pollice e le altre dita della mano sinistra prima di fare il taglio. Levret commendò di far sollevare da un aiuto una grossa piega trasversale nel mezzo della parte che si vuole incidere, affine di tagliare più sicuramente e d'un sol colpo sezionare le pareti addominali; ma questo procedimento fu trovato da Baudelocque inutile, oltre che di difficile attuazione molte volte. Moltissimi diedero il precetto

---

(1) Art. « Opération césarienne » in: *Nouveau dictionnaire de Med. et de Chir. pratiques di Jaccoud.* Tom. VI, Paris 1867.

(2) « Lehrbuch der Geburtshülfe » 8ª Ed. Mainz 1872, p. 392.

(3) « Traité théorique et pratique de l'art. des Accouchements » Paris 1874, p. 1082.

(4) « Manuel des accouchements etc. » Vol. II, 1846, p. 506.

(5) « Cours d'accouchements, etc. », Louvain 1863-4.

(6) *L'Osservatore*, Torino 1873, p. 765, e *Il Raccoglitore medico*, Forlì 1873, p. 293 301. Questa incisione sarebbe bastata in un caso dell'A. per estrarre pei piedi un feto vivo e salvare la madre.

di tagliare prima la pelle, poi i muscoli fino al peritoneo ed infine questa membrana; ma Ed. v. Siebold e Kilian rigettarono questa divisione del taglio in singoli tempi, come quella che non si può sempre e bene tradurre in atto, e non ha importanza. Generalmente si consigliò di tagliare in un primo tempo con un bisturi convesso la pelle ed il grasso per tutta la estensione da darsi all' incisione; di far poi nel mezzo della ferita, o al suo estremo superiore, un occhiello nella aponevrosi e nel peritoneo della lunghezza di 1-2 pollici; d'introdurvi una tenta scanalata; ed infine di allargare l'apertura in alto ed in basso col bisturi convesso, ovvero d'insinuare l'indice sinistro nella fatta breccia e di ampliarla sulla guida di esso con un bisturi bottonato. Testa raccomandò, ad evitare la offesa della superficie uterina, che secondo lui quasi sempre succede, di tirare in avanti ed in fuori, mercè due piccoli uncini situati lateralmente nella linea alba, lo strato aponevrotico, ed inciderlo a man sospesa con lo stesso bisturi insieme col peritoneo ad esso strettamente aderente per la estensione di 1-2 pollici. Tutti poi avvertirono di badare a non ledere la vescica nel prolungare l' incisione in basso.

Io rinunzio, rompendola con la consuetudine degli scrittori che si sono occupati dello stesso tema, a fare la critica di ciascuno dei suddetti processi. Sarebbe una noiosa ripetizione di argomenti vecchi ed ovvii, che il lettore può trovare negli scritti di Velpeau, di Kilian, Stoltz, Mayer, ecc; e dopo tutto non farei opera veramente utile, poichè si tratta di processi che hanno in generale, ad eccezione del mediano, soltanto un valore storico, avendo di essi già da lunghissima pezza fatto giustizia l'ostetricia operativa. Proponendoli, i diversi autori antichi ebbero principalmente in mira di evitare il versamento del sangue, dei lochii e del pus nel cavo peritoneale, da essi ritenuto quale causa della peritonite che faceva soccombere il maggior numero delle operate. Quanto sbagliassero questi autori nel credere che esclusivamente o quasi dal tecnicismo del taglio addominale dipendesse l' esito dell' operazione, è cosa oramai conosciutissima, e Baudelocque col suo intuito sapiente e col suo spirito eminen-

temente pratico l' aveva già riconosciuta, scrivendo (1): " in qualunque luogo si apra il bassoventre, qualunque sia la direzione che si dà all' incisione, ed in qualunque modo vi si proceda, non si minorerà mai molto il pericolo dell' operazione cesarea „. Ben altri fattori debbono concorrere ad assicurare il successo; però non è assolutamente da tenersi in non cale la tecnica del taglio, potendo la medesima contribuire, benchè in piccola parte, al risultato favorevole prossimo e remoto; e fra tutti i processi quello che merita la preferenza è certamente il mediano, benchè qualcuno degli argomenti addotti in suo favore, come per es: quello del parallelismo delle due ferite e quindi del facile scolo dei lochii attraverso l' angolo inferiore della ferita addominale, non abbia più importanza, dal momento che si hanno a disposizione i mezzi per ottenere la guarigione *per primam* della ferita uterina. Quale poi sia la variante del processo mediano da preferirsi, si trova esposto nel mio lavoro che fa seguito a questo: " Il taglio cesareo conservatore con sutura dell' utero „.

Mezzi per impedire il passaggio dei liquidi dell' utero nel peritoneo. — In antico si temette molto in generale il versamento del sangue e del liquido amniotico nella cavità peritoneale, ritenendolo causa di forte irritazione e quindi di peritonite (2). Gli antichi, scrive Potocki (3), si contentarono della posizione più o meno verticale data alla donna per favorire lo scolo dei liquidi allo esterno. L' utero trascinato dal proprio peso in avanti, s' applicava da sè stesso sulle labbra della ferita addominale e l' otturava. Allo stesso scopo fu consigliato da alcuni di far pungere la borsa amniotica dalla via della vagina prima di praticare il taglio delle pareti addominali, e da altri, come Wigand (4), Planchon, in quella che si fa il taglio dell' utero. Kilian stimò che quest' ultima pratica non fosse affatto da rigettarsi, specie in caso

(1) Loco cit., p. 97.

(2) Dall'ordinario modo di vedere si scostò Osiander padre (Loco cit. p. 367, Note) il quale fu di avviso che il versamento in quistione non costituisse una delle cause più notevoli di pericoli e disordini, e Kilian che, dividendo l'opinione di Osiander, reputò infondato il timore suddetto, perciocchè l'esperienza parla assolutamente contro di esso.

(3) Loco cit., p. 205.

(4) Loco cit., p. 95.

di polidramnios. Depaul pensò di ricorrere all'uso de' caustici per aprire il ventre, sperando di provocare tra l'utero e le pareti addominali delle aderenze sufficientemente protettrici. Testa, nel caso che si manchi di un intelligente aiutante, sperò di conseguire l'intento, riunendo per mezzo di sutura l'utero ancora integro alle labbra della ferita esterna (ved. sutura utero-parietale). Pradier (1) consigliò di far prendere l'utero a piene mani dall'assistente e di spingerlo fuori della ferita addominale prima che fosse inciso. Altri si contentarono di fare applicare fortemente dagli aiuti a ciò destinati le labbra della ferita addominale contro la parete uterina. Guéniot (2) formulò il precetto: " *operer hors du ventre* „, consigliando di procedere a questo modo: fatta l'incisione esterna, si passa a livello del suo angolo superiore un'ansa metallica nella spessezza della parete uterina. I capi di quest'ansa, mantenuti con forza da un aiuto, servono insieme con le mani di altro aiuto a fare sporgere il segmento anteriore della matrice tra le labbra della ferita addominale, la quale si troverà così otturata come da un zaffo che sia applicato sul suo contorno da dietro in avanti. Inciso l'utero, si estrae lentamente il feto, avendo cura di attirare la matrice sempre più in fuori a misura che essa diminuisce di volume; e una volta compiuto il secondamento e venuta in campo la retrazione dell'utero, si ritira l'ansa metallica, mentre le mani di un aiutante mantengono a stretto contatto la matrice e la parete del ventre; ed infine si fa rientrare lentamente l'utero dietro la parete anteriore dell'addome. Winckel sen. (3), che fra gli antichi ostetrici tedeschi ebbe la più vasta esperienza del taglio cesareo, faceva uncinare da un aiuto, subito dopo l'incisione uterina, i due angoli di questa ferita, e con dolce trazione tener avvicinata la parete uterina all'addominale, allo scopo non solo d'impedire la fuoriuscita dei visceri, ma anche il colo del sangue e del liquido amniotico nel peritoneo, ed inoltre di facilitare lo sprigionamento del feto.

---

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg*, Nov. 1861, N. 10 — Cfr. anche Estable (« Rivista critica di Ost. e Gin. » in: *Annali univ. di Med.*, 1862, vol. 79, p. 167), il quale mostrava di meravigliarsi di questa proposta.

(2) Loco cit., p. 126.

(3) «Fünfzehn Kaiserschnittoper. und deren Ergebnisse für die Praxis», *Monatsschr. für Geburtsk.* etc. 1863, Bd. XXII, p. 241.

Incisione dell'utero. — Varii furono anche i precetti assegnati intorno al mezzo con cui praticare questo taglio, il sito e la direzione, la lunghezza ed infine il modo di esecuzione del medesimo.

1.° *Mezzo con cui fare l'apertura dell'utero.* In principio fu praticata col rasoio, indi col bisturi. Rousset consigliò di tenere in pronto due coltelli, di cui uno a dorso più grosso, con lo estremo acuminato munito di un pezzo di piombo o di bosso, come quello che adoperano coloro che preparano le budella, per non ledere il feto con la punta. Chassaignac (1), allo scopo di evitare l'emorragia dovuta al taglio della placenta inserita sulla parete anteriore dell'utero, propose di far l'incisione con la catena dello schiacciatore condotto attraverso l'utero e l'uovo mercè un trequarti curvo.

2.° *Sito e direzione.* Rousset e Rouleau prescrissero di cominciare l'incisione dal fondo e di prolungarla in basso tra i lati e la linea mediana anteriore dell'organo. Levret, pur consigliando l'incisione sulle parti laterali, per tema della emorragia voleva che si evitasse il fondo. Peu, Platner, Kilian, Rosshirt (2) consigliarono il taglio mediano, quanto più è possibile vicino al segmento inferiore dell'utero. Osiander, come dissi, praticò il taglio in questo segmento. Lauverjat praticò e commendò calorosamente l'incisione in senso trasversale in corrispondenza del fondo. Deleurye volle che il taglio fosse fatto in direzione verticale nella parte alta della parete anteriore, e dello stesso avviso fu Baudelocque, il quale per fare l'incisione quanto più in alto fosse possibile, quasi fino al centro del fondo uterino, non esitò di prolungare il taglio esterno al di là dell'ombelico, ed estese quello dell'utero al di sopra dell'angolo superiore della ferita ventrale, tagliando sotto gli invogli del basso ventre. Allo stesso scopo Velpeau voleva che si raccomandasse agli assistenti di abbassare cautamente il fondo dell'utero facendogli eseguire un movimento di bilico all'innanzi, ovvero, ad imitazione di Kluge, di uncinare l'angolo inferiore della ferita per operare o almeno favorire il detto movimento, che, procurando la facilità di prolungare la

(1) *Bu'l. de la Soc. impér, de Chirurgie*, 26 Gennaio 1870.
(2) « Lehrbuch der Geburtsh. » Erlangen 1851.

sezione molto in alto, permette di risparmiare il collo del viscere. De Billi e Stoltz anche furono patrocinatori del taglio verticale mediano nella parte alta della parete anteriore. Nel praticare e nel consigliare l'incisione nel corpo dell'utero quanto più in alto è possibile, i suddetti autori ebbero in mira di conseguire il parallelismo fra le due incisioni, l'addominale e l'uterina, dopo l'operazione, e rendere così difficile il versamento nel ventre dei fluidi provenienti dall'utero, ed inoltre di far servire la parte inferiore della matrice da ricettacolo ai detti fluidi e favorirne in tal modo il deflusso attraverso il collo. D'altro canto Baudelocque jun., Vannoni (1), Winckel sen., H.F. Naegele, Stoltz, Testa, R. Barnes etc. raccomandarono che il taglio cadesse possibilmente nella parte mediana dell'organo, risparmiando il fondo ed il collo. Winckel sen. si esprimeva così riguardo al taglio mediano nel terzo superiore ed inferiore: " La esperienza mi ha insegnato che le ferite che arrivano fino nel fondo o fino nel collo giammai col contrarsi della matrice si chiudono perfettamente, che anzi facilmente rimangono beanti, della qual cosa si troverà la spiega nella azione delle fibre circolari, numerose specialmente in detti siti „ (2). Il Testa, fondandosi sulla struttura dell'utero gravido e sui risultati delle autopsie di donne operate di parto cesareo morte poco appresso o qualche giorno dopo l'operazione, non che sugli esperimenti in cagne gravide, più di ogni altri si fece propugnatore del taglio mediano nel 3.° medio, adducendo per ragione, che, quando la incisione cade sul terzo medio, resta interessato un sol ordine di fibre muscolari, e non essendovi " lo sfiancamento delle fibre longitudinali, ed offrendo quivi l'organo maggiore spessezza che non verso il fondo ed il collo, si ha che le margini della ferita, praticata nella linea mediana della sua parte anteriore, o parallelamente ad essa, si manterranno avvicinate ed accollate fra loro; e però oltre all'impedire il versamento dei liquidi intrauterini nella cavità peritoneale, favoriscono il processo cicatriziale di prima inten-

---

(1) In. Gio. Batt. Mazzoni « Prospetto ragionato dei casi di Ost. accaduti nella sala delle gravide dell'I. e R. Arcisp. di S. M. N. dall'11. VIII. 1829 a tutto il XII. 1832 », Firenze 1833.

(2) Loco cit., p 226.

zione „ (1). MEYER, pur dichiarandosi favorevole al taglio mediano nel 3.° medio, credeva che il sito della incisione non meritasse tutta quella importanza che si era voluto accordagli specialmente dal TESTA, ed esercitasse ben poca influenza sull'esito dell'operazione, salvo che non si volesse interessare il collo, poichè allora sarebbe senza meno mortale. E più appresso soggiungeva: " Nè l'esito della operazione dipende dalla cicatrizzazione dell'utero, nè questa dalla maniera di eseguire la incisione „ (2). Del resto, anche JACQUEMIER (3) aveva affermato che la guarigione o meno della ferita cesarea non è subordinata al sito e alla direzione del taglio dell'utero.

3.° *Lunghezza del taglio.* LEVRET non mi pare si esprimesse chiaramente intorno a questo particolare: difatti prima (4) consigliava di fare l'incisione piuttosto un po' grande che piccola per rapporto al volume del feto, soprattutto se le membrane sono integre, perciocchè, se troppo piccola, la contrazione uterina potrebbe opporre delle serie difficoltà alla uscita del feto; e più sotto (5) prescriveva di far sempre l'incisione più grande a membrane rotte che quando le membrane sono intatte; il che significa, per quanto mi sembra, che LEVRET raccomandasse di praticare il taglio piuttosto più grande rispetto al volume del feto, tanto a membrane integre che rotte. SOLAYRES (6) dichiarò recisamente che si dovesse dare tanta minore estensione al taglio quanto più tempo era trascorso dal colo del liquido amniotico. BAUDELOCQUE precisò la lunghezza del taglio, scrivendo: " la estensione di questa incisione dev'essere determinata dal volume del feto, che si suppone sia tale che la sua testa abbia comunemente 10 in 10 1|2 pollici di piccola circonferenza. Un' apertura di 5 in 6 pollici basta ordinariamente „. ED v. SIEBOLD consigliò un' incisione di 4 1|2-5 pollici, KILIAN di 5, NAEGELE e GRENSER di 4-5. GUÉNIOT si levava contro la grande estensione del taglio dell'utero: " difatti, egli scrisse, più fibre uterine si sezionano, più è indebolita la

(1) Loco cit., p. 56-7.
(2) Loco cit., p. 103.
(3) Loco cit., p. 502.
(4) Loco cit., p. 440.
(5) Ibid., p. 441.
(6) In: BAUDELOCQUE, Loco cit., p. 105.

elasticità dell'organo e aumenta doppiamente per questo fatto la tendenza della ferita a restare beante. D'altra parte, quanto maggiore è il numero dei vasi sanguigni che s'interessano, tanto maggiormente si espongono i margini della ferita al pericolo della gangrena. " L'A. quindi era di avviso che 12-13 cent. rappresentassero, per la sezione dell'utero, una lunghezza da non sorpassarsi (1). In epoca alla presente più vicina, Budin e Ribemont in un lavoro molto interessante (2) cercarono di stabilire scientificamente la lunghezza di questo taglio come dell'addominale; essendo risultato dalle loro ricerche che la circonferenza sotto-occipito-frontale di una testa di feto a termine misura in media 32 1|2-33 ctm., questi osservatori emisero il seguente parere: i suddetti tagli " dovranno misurare 16-17 ctm. circa, acciò gli orli degli stessi, divaricandosi, limitino un' apertura capace di lasciar passare la circonferenza sotto-occipito-frontale „.

4.° *Modo di esecuzione del taglio.* Qualcuno consigliò d'incidere d'un sol colpo utero e membrane, ma la maggioranza degli operatori volle che il taglio si facesse strato per strato, dapprima per l'estensione di circa un pollice in vicinanza dell' angolo superiore della ferita esterna, e poi che lo si prolungasse, mercè un bisturi bottonuto sulla guida dell' indice sinistro introdotto nella fatta breccia, per la estensione richiesta. Levret, Deleurye, Velpeau, etc. raccomandarono di aprire l'utero di basso in alto, nella credenza di evitare così la fuoriuscita delle intestina, laddove Kilian si pronunziò pel procedimento opposto. Baudelocque fece notare che si possono conservare le membrane dell' uovo nell' atto di fare il taglio uterino, e non aprirle se non dopo aver dato alla detta incisione tutta la estensione necessaria. Kilian, Naegele e Grenser anche desiderarono che possibilmente fosse conservato intatto l'uovo.

Pel caso in cui **la inserzione della placenta capiti sotto l'incisione,** il quale per l'emorragia concomitante fu considerato sfavorevole da tutti, ad eccezione di Lauverjat (3), furono assegnate norme diffe-

---

(1) Loco cit., p. 22-25.

(2) « Recherches sur les dimensions de la tête du foetus » *Arch. de Tocologie*. 1879, p. 477.

(3) Loco cit., p. 150—1. L'A. voleva che scollata in parte la placenta,

renti. Richter (1) diede il consiglio di introdurre il più rapidamente che fosse possibile l'indice ed il medio della mano sinistra tra l'utero e la placenta, di allargare la ferita in alto ed in basso, di scollare la placenta per tutto il tratto in rapporto col taglio, ed infine di afferrare ed estrarre il feto. Jörg (2), E. Hubert, raccomandarono di penetrare nell'uovo per la via più diretta tagliando la placenta da banda a banda; Carus, Ritgen Ed. v. Siebold (3) etc. consigliarono di scollare completamente la placenta, fatto il taglio dell'utero, e di estrarla prima del feto. Kilian prescrisse di scollare la placenta e di respingerla di lato, qualora un piccolo segmento della medesima giacesse sotto il taglio, di scollarla invece per intero con la maggiore rapidità possibile e di portarla via, se la incisione capitasse nel mezzo dell'area placentare. Naegele e Mayer pur essendo favorevoli alla pratica dello scollamento, ma parziale, insegnarono il primo di scollare la secondina nel sito dove si sospetta che stieno i piedi, e per tanta estensione per quanta la mano possa penetrare nell'utero; il secondo di separarla dal lato dove aderisce in minor parte. Infine Naegele ed altri avvertirono, pei casi in cui la placenta aderisse alla parete anteriore della matrice, di fare il taglio, non più nel mezzo, ma di lato; e per fare la diagnosi della inserzione anteriore della placenta il citato A., come parecchi altri, si fondava sull'ascoltazione del soffio uterino in avanti (4).

Per quanto riguarda l'**estrazione del feto**, generalmente venne dato il precetto di sprigionarlo tirando direttamente sulla testa o sulla pelvi in caso di presentazione di uno dei detti estremi all'orificio cesareo; in caso di corrispondenza dell'arto superiore nel vuoto della ferita, avendo la esperienza dimostrato

---

si lasciasse scolare una certa quantità di sangue per rimuovere lo ingorgo dei vasi uterini, pratica che egli reputava salutare onde evitare la infiammazione e la gangrena dell'utero.

(1) Loco cit, p. 67.

(2) Loco cit., p. 352. L'A. però nell'ediz. del 1833, p. 530, rivocava il consiglio di quassù.

(3) « Lehrbuch der Geburtshülfe » Berlin 1841, p. 558.

(4) Intorno al valore di questo e di altri mezzi diagnostici proposti ed esperiti allo stesso scopo si riscontri il mio lavoro: Il taglio cesareo conservatore con sutura dell'utero.

essere soventi molto difficile od impossibile di estrarre il feto traendo sull'arto, fu consigliato di andare senza perder tempo alla ricerca dei piedi, di afferrarne uno o meglio entrambi (Mayer), e di portar fuori il feto, come nell' operazione del rivolgimento per le vie naturali. Brooke (1), in un caso in cui una spalla ed un braccio si erano impegnati nella ferita, a malgrado lo sbrigliamento di questa, non essendogli riuscito di introdurre la mano nell' utero fu costretto a fare l' embriotomia. Pei casi in cui la testa fosse trattenuta nell'utero dopo l' estrazione del tronco a causa di spasmodica contrazione della breccia uterina intorno al collo fetale (2), si propose da Kilian l'applicazione del forcipe con la convessità dei cucchiai rivolta allo esterno, del qual mezzo questo A. ebbe spesse fiate a servirsi e sempre con felicissimo esito, e del quale si giovò anche Herzbruch (3) in un caso, in cui la testa, fortemente impegnata allo stretto superiore, non potè esserne rimossa mercè trazioni esercitate sul tronco, ma il feto soccombè durante la manovra; da altri si preferì di forzare i margini della ferita con valide trazioni sul tronco; dai più, ritenendosi questi espedienti poter riuscire nocivi a causa della lacerazione più o mena estesa dei margini della ferita, si commendò di allargar questa con un bisturi bottonato in uno degli angoli, nell' inferiore secondo Kilian, o nel superiore a preferenza secondo altri, ovvero in entrambi.

Nel separare il feto dalla madre, alcuni fecero la recisione del cordone ombelicale senza previa legatura, altri prima questa e poi quella, altri consigliarono di recidere il cordone dopo l' uscita delle secondine. Scanzoni voleva che il feto venisse lasciato ancora qualche tempo in rapporto con la madre, qualora fosse nato asfittico.

Gli autori unanimamente avvertirono che, durante l' estrazione del feto, essendovi molto a temere la fuoriuscita dei visceri e la irruzione dei liquidi nel peritoneo a causa della considerevole e rapida riduzione del volume dell' utero, si dovesse

---

(1) In: *Amer. Journ. of. med. sc.*, Philadelphia 1836, p. 258.

(2) Greenbalgh, Radford ed Edmunds citano 4 casi di questo genere, in cui l' estrazione fu difficile.

(3) In: *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.*, Berlin 1837, p. 316.

usare la maggiore diligenza nello addossare le pareti addominali contro le uterine mercè le pratiche sopra esposte. In caso di uscita di un viscere STEIN JUN. (1) propose di respingerlo e mantenerlo a posto con una spugna grossa e morbida; ma KILIAN, rigettando completamente questa proposta come una delle più insulse, volle invece che l' operatore facesse con sollecitudine e cautela la riduzione dell' ansa prolassata e la mettesse sotto le mani protettrici degli assistenti, mentre MAYER non trovava conveniente di affidare tale incarico ad uno degli assistenti, poichè, dovendo questi rimuovere una delle mani, favorirebbe perciò stesso la uscita di una maggiore quantità di intestina.

In quanto **all' estrazione delle secondine**, ED. V. SIEBOLD, NAEGELE e GRENSER etc. consigliarono di portarle via sollecitamente appena sprigionato il feto, prima ancora che l' utero entrasse in contrazione; KILIAN fu di avviso che si potesse attendere circa 5 minuti, qualora non vi fossero sintomi sinistri, in caso contrario doversi procedere al secondamento immediatamente dopo l' estrazione del prodotto. Mentre i più furono fautori del secondamento per la via addominale, WIGAND (2) propose di estrarre le secondine per le vie naturali, attribuendo a questo suo procedimento molti vantaggi, quali: di poter chiuder più presto la ferita addominale, di risparmiare alla partoriente dolore ed irritazione, di proteggere la cavità addominale dal versamento di sangue, e di evitare lo insinuarsi di un' ansa intestinale nell'utero pel fatto che questo si contrae soltanto a poco a poco, di rendere le contrazioni uterine più pronte e più regolari, infine di non far seguire il vuotamento dell'utero troppo rapidamente. All' uopo l' A. consigliò di servirsi di un' asta lunga 16-18 pollici, provvista di un nastrino, di fissare a questo il cordone ombelicale, di portare l'asta col cordone attraverso la ferita uterina, l' orificio della matrice e la vagina, e di attendere il momento dello scollamento della placenta. JÖRG e STEIN JUN. si pronunziarono favorevoli a questo processo in circostanze adatte, ed il primo specialmente non volle che fosse adoperato in casi di ba-

(1) « Lehre der Geburtshülfe etc » Elberfeld 1825-27, Th. II, p. 487, §. 826. Nota.

(2) « Beiträge zur theor. und prakt. Geburtsh. » Hft. 2., Hamburg 1800, p. 91.

cino troppo angusto. In Francia Planchon (1) fece la stessa proposta, e Maygrier (2) ideò uno strumento speciale, la " *Sonde à delivrance* „ per portare il funicolo ombelicale attraverso l'orificio uterino allo esterno. Ma da Kilian, Naegele e da altri si fece riflettere, che i vantaggi attribuiti dal Wigand al suo processo sono soltanto apparenti, mentre possono derivarne gravi danni, nel caso, per es., di aderenza anormale delle secondine, che non si può prevedere e che obbligherebbe a farne lo scollamento per le vie naturali, e nel caso, possibile, che la placenta, invece di farsi strada nella vagina, passasse attraverso la ferita nel cavo addominale, il che costringerebbe a rimuovere lo apparecchio di medicatura per estrarre le secondine.

Si prescrisse, terminato il secondamento, di liberare la cavità uterina dai residui delle secondine, dai grumi sanguigni e dal liquido amniotico che per avventura vi fossero rimasti, e di badare a che le membrane dell' uovo sieno completamente rimosse, acciò non occludano l'orificio; il qual fatto accade molto facilmente, al dire di Kilian, impedendo il deflusso dei lochii per la vagina (Kilian, Naegele, etc.)

Pei casi di mancante od insufficiente contrazione uterina, Wigand (3) fece la proposta di fregare con la mano dolcemente l' utero in corrispondenza del fondo; Spitzbarth (4) e Ritgen (5) nei loro casi risvegliarono le contrazioni della matrice con la mano bagnata in acqua calda; Stein jun. (6) volle che una spugna conica, asciutta, lunga tre pollici, fosse posta e lasciata a permanenza nella cavità uterina fino a che non venisse espulsa, sia per servire come punto di appoggio alla matrice contraentesi più o meno difettivamente, sia per assorbire le iniezioni; infine Wigand (7) propose di afferrare l' utero a piena mano, e, con la stessa manovra che si usa per riporre le ernie, di spingerlo

---

(1) « Traité complet de l'opération césarienne, » Paris 1801.

(2) « Nuove dimostrazioni di Ostetricia etc. » Trad. dal francese in italiano con annotazioni del Prof. C. Dimidri. Napoli 1832, p. 138-9, e tavola LXIII.

(3) Drei geburtsh. Abhandlungen etc. p. 16.

(4) In: « El. v. Siebold's Journal, Bd. III, Stck 1, p 101.

(5) *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.*, Bd. IX, Hft. 2.

(6) « Lehre der Geburtsh. etc. » Thl. II. p. 472, §. 798; p. 488, §. 829.

(7) Loco cit.

attraverso lo stretto superiore nel piccolo bacino quanto più profondamente fosse possibile. L'utero, una volta ricacciato nello scavo, non potrebbe più sollevarsi, siccome fa riflettere in proposito Ed. v. Siebold, a causa dell'angustia dell' introito pelvico. Questa proposta, che fu rigettata completamente dal Kilian, non trovò fautori. Per frenare l'abbondante emorragia concomitante Bell, Siebold e Ritgen (1) consigliarono la legatura dei vasi beanti; altri commendarono di farne la torsione; Heister (2) e Deleurye vantarono l'applicazione sulla ferita di sostanze astringenti o caustiche, come il vitriuolo, lo spirito di vino, il balsamo copaive, etc. Velpeau per contro reputava miglior partito di favorire la contrazione della matrice, prescrivendo di eccitarne l'interna superficie o la ferita con le dita o con pannolini inzuppati di acqua e aceto. Mayer, ch'era dello stesso avviso, raccomandava fra gli altri mezzi l'applicazione della vescica di ghiaccio sulla ferita, l'introduzione di pezzetti di neve nella cavità o la iniezione in questa di una soluzione di ergotina, ma soprattutto, dopo l'uso del freddo, la corrente di gas acido carbonico (3). Qui va anche ricordato il precetto del Ritgen di eventrare l'utero e di non riporlo nel ventre se prima non sia finita l'emorragia. Questo processo varrebbe altresì, secondo l'A., ad evitare la fuoriuscita delle intestina e la entrata dell'aria e dei liquidi nel cavo peritoneale. In un caso trattato a questo modo e coronato da felice risultamento l'utero rimase esposto all'aria e all'azione delle spugne fredde per un'ora e mezzo (4).

In generale, la **sutura dell'utero** o non fu praticata, ovvero in modo grandemente imperfetto; e quasi tutti gli scrittori fino ai tempi moderni ne sconsigliarono l'uso.

Rousset, che concepiva la prima idea dell'isterorafia, la com-

---

(1) In Mayer, Loco cit

(2) Loco cit.

(3) Loco cit., p. 109.

(4) « Ueber das Hervorziehen des Uterus aus der Bauchdeckenwunde, etc. » *Zeitschr. f. Geburtsk.*, Bd. IX, 1840, p. 212.—Chi sa se il Müller, nell'introdurre più tardi la sua modifica di aprire l'utero dopo di averlo eventrato (« Der moderne Kaiserschnitt, seine Berechtigung und seine Stellung unter den geburtsh. Oper. » Berlin 1882) non s'ispirò a questa pratica del Ritgen e più ancora all'altra consigliata da Pradier!

batteva: " *Hoc vero ita se nunc habere inde patet, quod sectae uteri partes ad earum coalitura suturis non egeant* „. Questo stesso A., e più tardi Ruleau, allo scopo di ottenere la pronta cicatrizzazione della ferita, consigliarono di bagnarne i margini con un' infusione di piante vulnerarie, ed il secondo vi applicava in seguito un miscuglio di balsamo di arceo e di olio di iperico. Il primo tentativo di sutura si deve a Lebas, maestro in chirurgia a Mouilleron, che il 27. VIII. 1769 cucì la ferita praticata in direzione trasversale con tre punti, e la donna guarì (1). Lauverjat, che riportava questo caso, biasimava la condotta di Lebas e non faceva ricorso giammai alla sutura; è erroneo quindi attribuirgli, come fece qualcuno, per es. Kilian (2), il merito dell' invenzione dell' isterorafia. Levret del pari condannava la sintesi uterina, scrivendo: " Io mi guardo dal raccomandare di fare una sutura alla matrice, perciocchè tutti i chirurghi sanno che, oltre ad essere quella di nocumento, riesce assolutamente inutile a causa della prodigiosa contrazione che invade l'utero poco dopo l' estrazione del feto „ (3). Smellie faceva assegnamento sulla forza della retrattilità dell' utero reputandola capace di chiudere la ferita (4). Baudeloque zio opinò che la ferita dell' utero dovesse guarire coi soli sforzi della natura (5). Gli autori del principio di questo secolo — Gardien (6) Capuron (7), Velpeau, Jacquemier, Stein jun. (8), Joerg (9), Désormeaux, N. Meyer (10) etc., rigettarono parimenti la sutura. Si temè moltissimo che i fili irritassero la ferita e producessero la metroperitonite. Fu per

---

(1) *Journal de Méd. et de Chir.*. Supplément à l' anneé 1770, p. 177.

(2) Loco cit., Bd. II, p. 758, 1849.

(3) « Observations sur les causes et les accidens de plusieurs accouchement laborieux etc. », p. 443.

(4) Loco cit.

(5) Loco cit., vol. IV, p. 108; e « Recherches sur l'opération césarienne », *Recueil périodique de la Societé de médicine de Paris* », Anno VII.

(6) « Loc. cit., pag. 59.

(7) « Cours théor. et prat. d'accouch. » p. 671, 1811.

(8) « Annalen der Geburtshülfe etc. » Stück I, p. 106, Leipzig 1808

(9) « Handbuch der Geburt-hülfe » III Aufl. p. 533, Leipzig 1833

(10) *Zeitschr. d. Vereins f. Heilk. in Preussen*, 1837; e *Neue Zeitschr. f. Geburtsk.*, III, p. 475, 1839.

questa ragione che anche Osiander figlio (1) e Ritgen (2), pur prendendo in seria considerazione la sutura uterina per combattere l' emorragia, non l' adoperarono: per questa e per le ragioni di sopra dette passò molto tempo prima che la sutura fosse di nuovo adoperata. Nel 1828 in Occoquan (Virginia) un ciarlatano avrebbe applicati tre punti di sutura in un caso di parto cesareo fatto su di una mulatta di 25 anni affetta da atresia dell' utero. La paziente morì di peritonite al 12° giorno (3). In Germania Wiefel, di Hülsenbusch (Westfalia), ricorse per il primo alla sutura dell'utero nel 1835: applicò un sol punto attraversando tutto lo spessore delle pareti uterine, e, tagliato a corto uno dei capi dell'ansa, ne portò l'altro attraverso l'angolo inferiore della ferita addominale. L' operata guarì (4). Büren nella stessa località e nello stesso anno, operando un'osteomalacica, suturò l'utero (non è detto con quanti punti), ma l'operata soccombè al 15° giorno (5). Però Wiefel non doveva essere troppo convinto dei vantaggi della sutura uterina, poichè, come fa notare Saenger (6), negli altri casi da lui operati posteriormente con l'assistenza di Winckel sen., forse dissuaso da questi, che rigettava la isterorafia, non vi fece più ricorso. In Francia, per veder di nuovo suturare l'utero, bisogna arrivare a Godefroy, che nel 1840 in un caso applicò con ago ordinario e refe incerato tre punti, abbandonandone i capi, tagliati in vicinanza dei nodi, nel cavo addominale; e l'operata guarì. Godefroy adoperò la sutura, perchè, essendo la ferita largamente beante, un' ansa intestinale o una porzione di omento poteva ficcarvisi e strangolarsi, ed inoltre per impedire il versamento nel ventre dei lochii e del pus; ma neppure era convinto della utilità della sutura, e tanto meno

---

(1) « Handbuch der Entbindungskunst » Bd. II, 1. Abth. §. 368. 1820.

(2) « Nachricht über ein merkwürdiges Verhalten der Gebärmütter bei einem Kaiserschnittfalle » 1830.

(3) *The Amer. Journ. of med. sc.*, vol. XVIII, 1836; riscontr. Harris « The operation of Gastro-hysterotomy etc. », Ibid., New Ser., April 1878, Art. « Uterine sutures ».

(4) *Med. Zeit. des Vereins für Heilk. in Preussen*, 1836, Nr. 13.

(5) Ibid.

(6) « Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserschnittes etc. », *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XIX, p. 389, 1882.

pensava a elevarla a sistema, perciocchè, nel pubblicare più tardi il caso, impressionato dalle severe parole di Désormeaux che gabellò d'inabile il chirurgo che avesse suturato l'utero, si scusò dell'ardimento avuto (1). Bonnet nel 1843 in una donna con bacino estremamente viziato cucì l'utero con 4 punti; l'esito fu infausto; e all'autopsia la ferita fu trovata beante fra i punti (2). Malgaigne, nel 1844, in un caso di fibroma uterino, per combattere la emorragia, applicò un punto di sutura con fil di seta, abbracciando nell'ansa metà dello spessore della ferita, ma anche qui il risultato fu sfavorevole (3). Lestocquoy d'Arras, nel 1845, avendo avuto un insuccesso in un primo caso nel quale non suturò l'utero, appose 6 punti di sutura con refe incerato e ne portò i 12 capi allo esterno attraverso l' angolo inferiore della ferita addominale. La operata soccombè in 38ª giornata; e all'autopsia furono rinvenute beanti le labbra della ferita uterina e saldate alla parete addominale (4). Questo reperto suggerì all'A. 14 anni dopo la idea della sutura utero-parietale.

Dalla seconda metà di questo secolo in poi la sutura uterina seguitò ad essere proscritta dalla maggioranza degli operatori e scrittori, ma con giudizii meno severi. Tra quelli che le furono decisamente favorevoli vanno citati: Hasse, che nella sua dissertazione riportava 6 casi di sutura dell' utero con 4 guarigioni; cioè con la mortalità del 33, 33 °/₀, inferiore di gran lunga alla mortalità generale del 60, 28 °/₀ avutasi dal 1750 in poi; « *unde*, conchiudeva l' A., *uteri rulnus consuendum elucet!* (5); Warren Brickell, che a partire dal 1856 raccomandava la pratica della

---

(1) *Gaz. des Hôp*, 1840, Nr. 38.

(2) In Bouchacourt: « Considerations sur l'opérat. césar », *Gaz. méd. de Lyon*, 1851, p. 65.

(3) In Thibault, *Arch. gén. de méd.*, 1844; vedi anche le memorie di Cazin (« De l'opér. césar. en cas de tumeurs fibreuses uter. remplissant l'excavation pelvienne » *Arch. de Tocol.*, 1875) e di Lefour (« Des fibrom. uter. au point de vue de la gross. et de l'accouch. » Thèse d'aggr., Paris 1880).

(4) In Dusart: « De la suture viscéro-pariétale (application à l'op. cés.) Thèse de Paris, 1867.

(5) « Commentatio de sectione caesarea, in certamine litterario civium Academiae Georgiae Augustae etc praemio costituto..... ornata », Gottingiae 1856 p. 20.

sutura nelle sue lezioni (1); Simon Thomas, il può strenuo propugnatore della sutura avanti l' era moderna, che ebbe il gran merito di aver richiamato l'attenzione sul fatto che, per ottenere la guarigione per prima intenzione della ferita uterina, *fa mestieri suturarla esattamente*; Cazin, che reclamava uno studio sperimentale e clinico su tutti i processi di sutura della matrice considerandolo come un gran servigio reso alla scienza (2); e poi G. Veit, Grandesso Silvestri, A. Martin. Alcuni si pronunziarono favorevolmente alla sutura per speciali contingenze; per es. pei casi di grande estensione della ferita (Stoltz (3) ed altri); pei casi di atonia dell' utero e di emorragia primaria, o di pericolo di emorragia secondaria (Stoltz, Schröder, Harris (4) ed altri); in quelli di emorragia proveniente dalla superficie stessa della ferita (Harris ed a.).

Sutura semplice dell'utero. — *Sutura con rimozione successiva dei fili.* — Una delle principali preoccupazioni degli operatori fu di trovare il modo come rimuovere più tardi i fili della sutura. All'uopo furono ideati e sperimentati i seguenti processi:

1.° *Conduzione dei fili della sutura attraverso l' angolo inferiore della ferita addominale.* Wiefel (5) per primo e Lestocquoy (6) diedero l'esempio di operare a questo modo, e furono seguiti da parecchi (Cazin (7), Foster (8) etc.). Nell'anno 1875 Cohn in un caso operava ancora a questo modo, ed esercitava nei giorni successivi delle trazioni sugli estremi dei fili: essendo queste, dopo quasi un mese, riuscite infruttuose, l'Op. applicava

---

(1) In Saenger: « Der Kaiserschnitt etc. » p. 90.

(2) Loco cit.—Tale studio fu poi fatto da Saenger.

(3) Art « Opér. César. » in *Dict. de Méd. et de Chir. prat.* », 1867.

(4) *The amer. journ. of the med. sc.*, Apr. 1878, art: « Uterines sutures ».

(5) Loco cit.

(6) Loco cit.

(7) Loco cit. In questo caso furono portati anche allo esterno i fili di seta delle 10 legature applicate sui vasi sanguinanti, ma non come quelli della sutura attraverso l'angolo inferiore della ferita addominale, sibbene attraverso il canale cervicale e la vagina.

(8) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p 86 87.

un piccolo peso all'estremo dei fili, e così se ne verificava gradatamente la caduta (1).

2.° *Sutura a nodo scorsoio.* Appartengono a questa modalità i processi di Didot, Lestocquoy e Schlemmer.

Processo Didot. Didot, di Liegi, nel 1849, descrisse un processo di sutura uterina col quale si propose soddisfare alle due indicazioni seguenti: 1ª procurare la riunione immediata e senza suppurazione, se fosse possibile, della ferita uterina; 2ª fornire libera uscita ai fili o alle legature adoperate per conseguire la suddetta riunione. Ecco in che consiste questo processo: l' ago armato di un filo incerato in modo che i due capi sieno introdotti nella cruna viene passato attraverso le pareti uterine dalla cavità verso l'esterno facendolo uscire nella ferita nel punto di unione del 3° medio con l'esterno; estratto l'ago, si tira il filo fino a far restare al massimo 3 ctm. dell'ansa nell' interno dell'utero. Indi l'ago è introdotto nella opposta superficie di taglio di rincontro al primo punto di uscita dalla ferita, e poi, in senso inverso a quello da esso seguito nel cominciare la sutura, attraverso le pareti uterine nella cavità della matrice, e successivamente attraverso l'ansa di filo che si trova nell'utero, da formare un nodo scorsoio. Si applicano tre punti a questo modo; separati gli aghi dai fili, si legano questi su di una sonda di gomma elastica e per mezzo di questa si portano attraverso il [illegible] della vulva. Indi si serrano i fili della [illegible] e sulle anse poste tra le labbra della ferita [illegible] per [illegible] a corrispondenza della [illegible]. Si deve osservare [illegible] che, se si [illegible] [illegible] per riunire [illegible] [illegible] questo procedimento non è prescritto [illegible] [illegible] ferita nell'utero.

(1) [illegible] Gesellschaft. Sitzung v. 11. III. 1876. In [illegible]

(2) [illegible] de Méd. de Belgique, tom. II, pag. 39 [illegible] [illegible] Liege 1884, p. [illegible]

[illegible] 1882.

Processo Lestocquoy.—Lestocquoy, propose lo stèsso processo di Didot, con la differenza che, mentre questi voleva sfilare gli estremi dei fili dagli aghi e portarli all' esterno dopo averli legati ad una sonda di argento, egli consigliò di prendere la estremità di una sonda esofagea, di chiuderne l'apertura con un pezzo di sughero, e attraverso di questo di passare gli aghi nel lume della sonda; dopo di che verrebbero stirati i fili (1).

Processo Schlemmer. — Schlemmer nella operazione in data del 7. III. 1880, sempre allo scopo di ritirare i fili della sutura, mise in opera un processo ancora più complicato dei precedenti: " un filo lungo 1 metro venne provvisto di un ago, situandolo alla distanza di 5 ctm. da un estremo del filo, e di un cappio lungo 1 1|2 ctm. piazzandolo a 70 ctm. dal detto estremo , e all' altro estremo di una pinzetta di Fricke. Questa fu portata attraverso la ferita cesarea nel caso dell' utero , e di qui attraverso la vagina fuori della vulva insieme col cappio; indi venne cucita la ferita dell' utero introducendo l' ago dall' interno all' esterno sul lato destro 1 1|2 ctm. dal margine della ferita, e poi dall' esterno all' interno sul lato opposto ; dopo di che, sfilato l' ago, fu applicata un'altra pinzetta di Fricke su questo estremo del filo, e la pinzetta parimenti condotta per la stessa via fuori dei genitali e qui passata insieme col filo attraverso il cappio; mercè trazioni su questa pinzetta, si fece risalire il cappio attraverso la vagina fino alla parete interna dell'utero e si chiuse subito la ferita nel modo più perfetto. Essendosi contratto l'utero e trattandosi sopratutto di sanzionare praticamente solo il principio della nuova sutura, si fece ammeno dall'applicare ulteriori punti. La pinzetta posta all' estremo del capo di chiusura dell'ansa fu rimossa e situata in modo che potè esercitare trazione su quello e mantener ben serrata l'ansa della sutura. La prima pinzetta collocata all'estremo del capo di apertura venne allora per allora portata via ; la pinzetta applicata all' altro estremo, essendo buone le condizioni dell'operata, al 3° giorno. La sutura

(1) In Dusart, Loco cit., pag. 40.

(seta fenicata) stette in sito senza alcun incomodo 14 giorni „ (1). Questo processo è quasi identico a quello di Didot, col la differenza che questi voleva servirsi di un filo a doppio per allestire l' ansa destinata a mantenere in contatto le labbra della ferita uterina. Schlemmer credè di aver soddisfatto col suo processo alle condizioni seguenti, che, a parer suo, sono quelle richieste da una esatta sutura: 1ª la buona chiusura della ferita; 2ª l'accomodazione della sutura all'utero che va incessantemente impicciolendosi; 3ª la facile applicazione; 4ª il poter tenere sotto mano facilmente ed in ogni momento la sutura; 5ª l' essere la medesima ben sopportata dall'organismo; 6ª il lasciarsi regolare e rimuovere senza penetrare nell' utero e nella cavità addominale; 7ª il permettere la completa chiusura della ferita addominale allo scopo di ottenerne la guarigione per prima intenzione. Sänger, che fece una critica per quanto minuta per tanto imparziale di questo processo, rilevò giustamente che il medesimo non soddisfa menomamente alle esigenze cui ho accennato. Il processo è lungo e complicato, può esser causa d'infezione dell'utero e della cavità peritoneale pel fatto della necessità di entrare ed uscire con le mani ripetutamente dall'utero, dalla vagina e dai genitali esterni; è impossibile di tradurlo in pratica nei casi di stenosi ed atresia del canale molle od osseo del parto; l' ansa, se applicata nello stato di contrazione dell' utero si allenta in quello di rilasciamento, e viceversa; e d'altro canto la pinzetta sospesa al capo di chiusura esercita una trazione troppo piccola. Io poi trovo piuttosto difficile la rimozione delle anse e per giunta alquanto pericolosa, potendo facilmente lacerarsi le aderenze utero-parietali formatesi e venir disturbato più o meno il coalito della ferita, supposto sia avvenuto in perfetta regola. Infine è lecito affermare con Sänger, che questo processo, come tutti gli altri analoghi che si preoccupano di assicurare la rimozione dei fili, poggia su di un principio sbagliato: i fili di sutura o di legatura, qualunque sia il materiale adoperato, se sono asettici, possono essere

---

(1) « Eine neue Höhlennaht bei sectio caesarea » *Correspondenzbl. d. ärztl. Ver. in Rheinland*, etc. 1880. N. 26; si consultino inoltre: *Centralbl. für Chirurgie* 1880, N. 48, e « die Porro— Operation und ihre moralischen Grenze » Stuttgart 1881, p. 22 e seg.

abbandonati impunemente nel ventre, poichè vengono riassorbiti qualora fatti di materiale riassorbibile od in caso contrario incapsulati. A dimostrare ciò in modo irrefragrabile stanno lì le pruove cliniche e sperimentali di HIME, MASLOWSKY, SPIEGELBERG e WALDEYER, citate dallo stesso SCHLEMMER per appoggiare l'affondamento del peduncolo nell'operazione Porro, non che quelle di molti altri, che per brevità non nomino.

3.° *Sutura continua o a sopraggitto.* Fu adoperata la prima volta da SPENCER WELLS il 4. III. 1863 nel caso divenuto poi celebre nell'istoria dell'ovariotomia. In questo caso, l'Op., dopo aver asportata una cisti ovarica, avendo punto col trequarti l'utero gravido al 5° mese credendolo una cisti dell' altro ovaio, praticò l'isterotomia, e, vuotato l'utero del contenuto, mise in contatto le superficie peritoneali dei margini dell' incisione uterina con 7-8 punti di sutura a sopraggitto (uninterrupted suture) mercè filo di seta, facendone passare un estremo nella cavità dell'utero e quindi attraverso l'orificio di questo e il canale vaginale allo esterno, e l' altro attraverso la ferita delle pareti addominali al di fuori, insieme con tre fili anche di seta adoperati per legare i vasi sanguinanti della ferita uterina. Tanto questi fili che il precedente, più il peduncolo della cisti, furono chiusi nello strettoio (1).

La sutura a sopraggitto fu in seguito tradotta in pratica da SPIEGELBERG (2), e da ZWEIFEL (3) in un caso seguito da morte, in unione con la sutura a punti staccati, superficiali, con catgut; ed il filo della sutura continua fu rinvenuto all'autopsia interamente libero sulla ferita beante.

Adoperando la sutura a sopraggitto con uno degli estremi del filo passante in vagina, si ebbe la speranza di poter ritirare dopo un certo tempo il filo. Ciò può avvenire quando il filo taglia i tessuti; inoltre se un punto viene a cedere, il rimanente della sutura è compromesso.

---

(1) *Medic. Times and Gazette*, 30 settembre 1865.

(2) *Tagebl. der Naturforschervers. zu Leipzig*, 1872, Seduta del 15 agosto. Discussione.

(3) *Archiv für Gynäk.*, Bd. XVII, Hft 3, 1880.

4.° *Sutura con trequarti.* Comprende i processi di TARNIER e di TIBONE.

Processo Tarnier. Nell'intento di procedere all'estrazione dei fili TARNIER nella sua operazione in data del 25. VIII. 1868, seguita da esito infausto, lasciò passare i due capi di ciascun punto della sutura metallica, incrociati, attraverso piccole cannule a trequarti, le quali da una parte arrivavano fino alla ferita dell'utero e dall'altra fuoriuscivano dalla ferita addominale. Gli estremi dei fili furono avvolti intorno a delle asticine. Per ritirare i fili sarebbe bastato svolgerli in senso inverso, la qual cosa sarebbe stata facile per la presenza delle cannule (1).

Processo Tibone. — Giova riportarlo con le parole dell' A.: " Feci costruire una diecina di cannule di piombo del calibro di 3 mill. circa e della lunghezza di 8 ctm.; messo in sito un punto di sutura, intendeva di far passare con un porta-refe gli estremi del filo per una delle dette cannule, e di annodarli esternamente; ogni punto di sutura veniva quindi ad esser fissato da una cannula, che era mio pensiero il fare uscire per la dieresi addominale riunita con i modi ordinarii per gli intervalli fra i punti di sutura, e trattenerla fuori del ventre in modo tale che impedito non fosse il moto di riduzione dell'utero. Rimarginata la ferita uterina, diventava facile il togliere i fili e le cannule tagliando il nodo „ (2).

Sutura a filo perduto. Furono pochi gli operatori che, sull'esempio di GODEFROY, ebbero l' ardimento di tagliare a corto i fili e di abbandonarli nel ventre. Operarono a questo modo: BRESLAU nel 1864 (3), BAKER BROWN nel 67 (4), SIMON THOMAS

---

(1) In : *Revue photographique des Hôpitaux*, Janv. et Févr. 1860 — CAZIN. Loco cit.

(2) " Ricordi sopra quattro casi di taglio cesareo etc. ». *Annali di Ost. Gin e Ped.* 1879, p. 134.

(3) Verh. d. Ges. f. Geb in Leipzig. In *Monatsschr. f. Gebk.* XXV. Supplh. p. 122 etc.

(4) In: RADFORD " Observations on the Caes. sect, craniotomy and on other obstetric operations „ 1880 (II. edition) p. 111 e seg.

nel 69 (1) e 73 (2), Grandesso Silvestri e Spiegelberg (3) nel 73, Netzel nel 74 (4), Birnbaum nel 74 e nello stesso modo fino all' 84 (5), Lungren nel 75 e 80 (6), A. Martin nel 79 (7), Saenger (8) e M. Baker (9) nell' 80, Breisky nell' 81 (10). Ma quegli che si pronunziò recisamente a favore della sutura a filo perduto fu A. Martin (11).

Numero scarso dei punti di sutura. In origine non si pensò menomamente ad ottenere una riunione esatta della ferita per mezzo della sutura. Questa invece si fece servire allo scopo di arrestare l'emorragia; e siccome dominava lo spettro della irritazione dei fili, che credevasi causa della metroperitonite, così venne applicato un numero ristretto di punti, quanti bastavano ad ottenere l'emostasia. In realtà non si trattò di veri punti di sutura, ma di legature. Osiander figlio (12) consigliò di applicarne 2 solamente; Malgaigne nel caso citato ne apponeva uno; Lehmann e Wijking uno; Lehmann in un 2° caso 4 profondi e 1 superficiale (13); Cazin 5 (14), etc. Si ricorse anche alla sutura per evi-

---

(1) « Sectio caesarea. Sluiting der baarmoederwound met zilverdraadhechtingen en volkomene sluiting der buikwond; ongestoord verloop van het kraamhed » *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 1869.

(2) « Twede geval van sectio caesarea, waarbij de baarmoederwond nauwkerig met zilverdraad gehecht werd en hed kraambed sonder stoornis verliep « *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 1873.

(3) *Arch. f. Gynäk*, Bd. V, p. 110.

(4) *Nord. med. Arkiv.* Vol. VII, p. 6, 1875.

(5) In Freudenberg « Casuistische u. Kritische Beiträge zur Kaiserschnittsfrage » *Arch. f. Gynäk*, Bd. XXVIII, Hft 2, 1886.

(6) A case of. ces. sect. twice successfully performed on the same patient, with remarks on the time, indications and details of the operation » *Amer. journ. of Obst.* etc. Jan. 1881.

(7) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 20 21.

(8) « Der Kaiserschnitt etc. » p. 35.

(9) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 88, 89.

(10) « Zwei Fälle von Sectio caesarea » Comunic. alla Soc. dei medici tedeschi in Praga, seduta del 28. I. 1882 Resoc. in *Wien. med. Woch.* 1882, N. 5.

(11) « Ueber die Catgutnaht der Uteruswunde nach dem Kaiserschnitt » *Berl. klin. Woch.* 1876, N. 28.

(12) Loco cit.

(13) *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk*, 1870.

(14) Loco cit.

tare che la ferita rimanesse grandemente beante dopo la retrazione dell' organo, affine di impedire lo strozzamento di una porzione di omento o di un' ansa intestinale, ed il versamento nel ventre dei lochi e del pus, come fece per esempio Godefroy; ma anche il numero dei punti applicati in questi casi fu piccolo. Nel ventennio che precedette l'era moderna il numero dei punti applicati, pur non essendo del tutto sufficiente, fu meno scarso: infatti, mentre per lo innanzi era stato di 1, 2, 3, al massimo 5,.... fu in generale di 6 a 12, come nei casi di D'Aquin e Brickell (1867; 6 punti) (1), Baker Brown (1867; 8 punti) (2), Simon Thomas (1869; 8), G. Veit (1872; in un 1° caso 8 in un 2° 9) (3), Simon Thomas (1873; 9), Spiegelberg (1873; 10) (4), Netzel (1874; 9), Birnbaum (1874 in poi; nella maggioranza dei casi 7-12) (5), Curtin (1878; 7) (6), Byford (1878; 7) (7), Davey (1878; 8) (8), A. Martin (1879; molti punti) (9), Brun (5-6 profondi ed alcuni superficiali fino ad ottenere la giusta posizione dei margini della ferita) (10); Lungren (1880; 12), Saenger (1880; 10) (11) — Spetta però a Simon Thomas il merito speciale di aver per primo insistito sulla necessità dell' applicazione dei punti a brevi intervalli per ottenere una completa chiusura della ferita; in ciò l'ostetrico olandese fu precursore di Saenger.

Materiale di sutura.

Filo di canape. Fino al 1852 venne adoperato questo materiale in quasi tutti i casi.

---

(1) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 86 87.

(2) In Radford, Loco cit.

(3) « Gebärmutternaht beim Kaiserschnitt » Comunic. alla Soc. Ost. e Gin. di Berlino nella tornata degli 11. X. 1873. *Berl. Beitr.* etc. III., pag. 45.

(4) *Arch. f. Gynäk.*, Bd. V. p. 110.

(5) In Freudenberg, Loco. cit.

(6) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 88 89.

(7) *Amer. journ. of Obst.* 1879, Jan. p. 31.

(8) *The Lancet*, 1878, Juni 8, p. 826.

(9) In Saenger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 20 21 e 107.

(10) *Hospitals Tidende*, Vol. VII, p. 141. Rivist. in *Jahresbericht von Virchow — Hirsch*. 1880. Bd II, p 3.

(11) « Der Kaiserschnitt etc. » p. 35 e 107.

Filo di argento. Nel decembre 1852 Frank E. Polin (Kentucky), incoraggiato dai successi ottenuti da Marion Sims col filo di argento nella sutura delle fistole vescico-vaginali, resi noti nel Gennaio del suddetto anno, adoperò questa sostanza nella sutura della ferita cesarea: l'operata guarì (1). La maggior parte degli operatori americani—D'Aquin e Brickell (1867), Sager (1869), Quackenbush (1871), G. Thomas (1874), Barker (1876), Jenks (1877), Walton (1877), Lungren (1875 e 1880), Kirk (1880), Ainsworth (1880) (2)—imitarono lo esempio di Polin. Questi all'autopsia di una donna operata di parto cesareo, morta lungo tempo dopo l'operazione, trovò i fili di argento circondati completamente da un tessuto connettivo di nuova formazione. Lungren, avendo avuto l'opportunità nel 1880 di rifare l'operazione cesarea sulla donna già da lui operata nel 75, rinvenne i fili di argento intatti sotto la sierosa dell' utero, che non aveva contratto aderenze ed era mobile (3). In Inghilterra Baker Brown, Parks (1876), Davey (4) anche fecero ricorso al filo di argento per la sutura dell' utero. In Olanda Simon Thomas nei primi due casi innanzi citati diede la preferenza al filo di argento; i fili furono tagliati a corto e gli estremi piegati verso l' utero. Le operate guarirono. Siccome Simon Thomas ignorava i casi in cui era stato adoperato il filo di argento, e di propria iniziativa si servì di questo materiale nella sutura uterina, è giusto, dice Saenger, che il nome di lui sia ricordato insieme con quelli di Warren Brickell e Baker Brown accanto a quello di Polin. In Francia fecero ricorso al filo di argento Tarnier nel 1868 in un caso che fu seguito da esito letale (5), e Cazin nel 1874 nel caso citato di fibroma uterino, che sortì esito felice, costrettovi dalla grave emorragia, contro la quale non era valsa la legatura dei vasi

(1) In Lungren, Loco cit.

(2) Per questi casi riscontr: Harris, Loco cit., più il fascicolo di giugno dello stesso periodico; e Sänger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 86-89, e « Zur Rehabilitirung des classischen Kaiserschnittes etc. », *Arch. f. Gynäk.*, Bd. XIX, Hft. 2. 1882.

(3) Loco cit.

(4) Per questi casi riscontr. Radford, Loco cit.

(5) *Revue photographique des Hôpitaux*, Janv. et Fevr. 1869

sanguinanti. In Germania Breisky pare sia stato il solo avanti l'era iniziata da Saenger a ricorrere al filo di argento (1).

Filo di ferro. Sir James Simpson nel 1865, invece del filo di argento, adoperò quello di ferro, applicando 3 punti. Il caso ebbe esito letale (2).

Trovo notato che fu fatta la sutura con filo metallico nei casi di Lazzati (1869) (3) e di Balocchi (1872) (4); nel 1° furono applicati due punti, nel 2° tre. Entranbi i casi furono seguiti da morte della paziente.

Filo elastico. In Italia Olinto Grandesso Silvestri, da Trissino (Prov. di Vicenza), che nel 1862 per primo aveva proposto di servirsi della legatura elastica come mezzo di dieresi, ebbe anche l'idea di riunire mercè filo elastico (filo di caoutchouch con o senza rivestimento di seta) le ferite degli organi che, come l'utero puerperale, vanno soggetti a grandi oscillazioni del loro tessuto. Nell'Ottobre 1873 il chirurgo vicentino tradusse in pratica la sua idea in un caso di parto cesareo, applicando 4 punti attraverso tutto lo spessore delle pareti uterine e tagliando i capi in vicinanza dei nodi. L'esito fu favorevole. Valentinotti nel riferire la storia di quest'operazione (5) dava ragione della preferenza accordata dall'Op. alla cucitura elastica: « Era giusto che prima si omettesse la cucitura delle pareti uterine, perchè il filo ordinario, che si fosse usato, sarebbe stato inutile se non dannoso, quando l'utero per le sue contrazioni impicciolendosi avesse lasciato lasso e senza scopo il laccio praticato. Ma il filo elastico seguendo le contrazioni dell'utero tiene costantemente a contatto i bordi della ferita, ne favorisce per ciò l'unione, e, quello che è più, evita il travaso delle materie e il genizio sanguigno nella cavità addominale ». In una pubblicazione posteriore intorno a questo caso l'Op. stesso confermava queste vedute, affermando:

---

(1) Loco cit.

(2) In Harris, Loco cit.

(3) In Porro: « Il biennio etc. » 1869-70 p. 267.

(4) Comunic. epist. dall'Op. al Corrad. In Corradi, Loco cit. pag. 1110-1111.

(5) « Storia d'una operazione cesarea con cucitura elastica dell'utero eseguita dal Dott. Olinto Grandesso Silvestri » Vicenza 1873 (*Osservatore. Gazz. delle Cliniche di Torino*, 1874, N. 46)

" alla legatura elastica fuor di ogni dubbio puossi ascrivere di non aver indotto irritazione alcuna e di aver favorito la riunione della ferita dell'utero nel più agevole e sicuro modo „; e dava notizia dello stato postumo della sua operata: l'utero non aveva contratto adesione nè con le pareti addominali, nè con altro viscere. " La guarigione avvenne per prima intenzione da che non ebbe mai nessun sintomo di flogosi e nessun movimento febbrile „ (1). Nella primavera del 1875 la operata, ridivenuta incinta, abortiva in 5° mese (2) — Edoardo Veyer sull'esempio di Grandesso Silvestri, di cui era assistente, nell'Agosto del 1874 ricorse parimenti alla sutura dell'utero con filo elastico, applicando 6 punti; ma l'operata, che già era in preda ad anasarca e metro-peritonite, morì dopo due giorni. All'autopsia " fu verificato che la prima intenzione si era pienamente compiuta nella porzione interna dello spessore della parete uterina, e dava base sicura alla completa adesione anche verso la superficie „ (3).

Contro l'uso della sutura elastica si fece rifiettere da Stoltz (4) che i fili tagliano i tessuti, come lo pruova il loro uso nell'ablazione dei tumori, e che sotto l'azione del calore umido del corpo si rilasciano completamente. Se questo secondo rimprovero si può dire ingiustificato, come fece rilevare anche Saenger nel fare la critica di questa sutura (5), non è dato negare però che la sutura elastica opera in modo continuo, come una legatura, per cui

---

(1) « Gastro-isterotomia con cucitura elastica dell'utero, salva la madre e la prole » *Gazz. med. Prov. Venete,* 1874, p. 41.

(2) Comunic. epist. al Corradi. In Corradi Loco cit., Appendice, pag. 1561-2 e 1569-70.

(3) « Esame dell'utero di una operata di gastroisterotomia con cucitura elastica del viscere, morta ore 49,30 dopo l'operazione » *Gazz. med. Prov. Venete,* 1874, pag. 281.

(4) « De la suture élastique de l'uterus dans l'opération césarienne » *Annal. de Gynéc.*, Tom. I, p. 301, 1874.

(5) « Der Kaiserschnitt etc. » p. 96. Saenger si fondava sul fatto che, avendo lasciato bollire in acqua comune dei pezzi di caoutchouch rosso inglese spessi 1 — 1 1[2 m m., non se n'era alterata la consistenza. Le mie esperienze sulla sterilizzazione del laccio elastico col calore umido (autoclave) (« Op. complem. del taglio cesareo » Milano 1894, p. 164-5) vengono in appoggio di questo esperimento e del suddetto modo di vedere di Saenger.

finisce per recidere i tessuti. In vista di questo svantaggio la cucitura elastica non venne ulteriormente adoperata nella sutura dell'utero.

Filo di seta. Questo materiale, che si trova adoperato in qualche caso nella prima metà di questo secolo, fu usato a preferenza degli altri materiali nella seconda metà, essendo ritenuto come il più resistente ed il meno irritante. Vi si fece ricorso da Breslau, Spiegelberg, Gürtler (1), Lehmann, Stadfeldt (2), Netzel, Byford, Lahs (3), A. Martin, Saenger, M. Baker, etc.

Filo di catgut. La sutura con materiale animale "animal ligature„ fu additala come la migliore fin dal 1834 dal D.r Robert Estep, di Stark County (Ohio), operatore con esito fausto di due tagli cesarei senza sutura, il quale ritenne per pericolosa quella fatta con materiale non riassorbibile ("indissoluble suture„). Però Estep non precisava la specie del materiale animale; in ogni caso voleva alludere alle corde di budello (Saenger), come anche Harris sembra ammettere, e possibilmente alla seta (Saenger) (4). Il primo che adoperò il catgut per la sutura dell'utero fu G. Veit, a Bonn, nel 1872 in due casi successivi coronati da esito felice. Veit nel comunicare questi casi (5) espresse l'avviso essere il catgut il miglior materiale per la sutura uterina, perchè irrita meno il peritoneo; e raccomandò l'uso generale, metodico, della sintesi della ferita cesarea mercè il catgut. Nella stessa seduta della Società berlinese, in cui fu letta la comunicazione di Veit, Ed. Martin diede notizia di un caso operato da Hegar anche col catgut e seguito pure da risultato favorevole. Birnbaum comunicò alla riunione dei naturalisti in Breslavia nel 1874 un altro caso.

---

(1) « Sectio caesarea bei osteomalacischem Becken, mit glücklichem Ausgang für Mutter un Kind, Anwendung der Uterusnäht » *Arch. f. Gyn.*, Bd. V, p. 565.

(2) Födslen ved Baekkenets Svulster med saerligt hensyn til anvendelsen af Laparo — Hysterotomien, Laparo — Elytrotemien og Hysterotomien. Festskrift i anledning af Kjöbenhavn Universitetets firehundredaarsfest » 1879.

(3) *Deutsch. med. Woch.*, 1878, N. 5.

(4) « Der Kaiserschnitt etc. » p. 109.

(5) Loco cit.

felice in persona della donna operata la prima volta da Veit (1); ma prima di questo caso Birnbaum ne avea avuto due nei quali parimenti era stato usato dai lui il catgut ma con esito sfavorevole (2). Anche E. Martin potè registrare un successo personale col catgut (3). Ben tosto però gl' insuccessi presero il sopravvento; e accanto a tre altri esiti favorevoli di Birnbaum (4), quegli che più di tutti e con maggiore costanza fece uso del catgut avanti l'era moderna ed anche dopo, e accanto ad un successo di Walter (5), si ebbero i casi sventurati comunicati da A. Martin (6), quattro appartenenti alla Clinica di suo padre, uno a Breisky ed un altro a Streng; quelli della Clinica di Spiegelberg (7) e quello di Litzmann (8); i casi degli operatori inglesi, 7 contenuti nella statistica di Radford, 4 altri — Meadows, Routh, Movins, Oswald — citati da Saenger, più il caso di Galabin (9); un caso appartenente alla Francia, quello di Laroyenne (10); un caso al Belgio, quello di Wasseige (11); uno alla Scandinavia, di Bruun; uno alla Polonia, di Gliszynski (12), infine uno americano, di Curtin. All'autopsia di questi casi furono rinvenuti i nodi, anche quando ne erano stati fatti tre, o allentati o addirittura sciolti; ovvero i fili, che avevano reciso i tessuti, liberi sulla ferita beante; ovvero i fili riassorbiti avanti che fosse avvenuta la riunione della ferita. Si riconobbe quindi che il facile riassorbimento del catgut fosse un serio inconveniente anzi che un reale vantaggio;

---

(1) *Arch. f. Gyn.* 1875, p, 352, e *Deutsch. med. Woch.*, 1876, N. 2.

(2) In Freudenberg, Loco cit.

(3) *Zeitschr. für Geburtsh. und Frauenkrankh.* Bd. I, IIft. 2, pag. 339.

(4) In Freudenberg. Loco cit.

(5) *Brit. med. Journ.*, 1881, Januar 8, p. 46.

(6) Loco cit.

(7) In Tauffer, *Deutsch. med. Woch.*, 1876. N. 8.

(8) « Kaiserschnitt mit tempor. Ligatur d. Cervix etc. » *Centralbl. für Gynäk.*, 1879. N. 12.

(9) Trans. of Obst. Soc. of. London for the Year 1876, Vol. XVIII, pag. 252, 1877.

(10) In Berlin, Loco cit. p. 134.

(11) *Annal. de la Soc. de Méd. d'Anvers.*

(12) *Gazeta lekarska* 1880, N. 22.

ciò che venne rilevato specialmente da A. Martin, da Jenks (1) e da Freudenberg, il quale non esitava ad attribuire la grande mortalità dei casi di Birnbaum all' uso del catgut. Epperò questo materiale cadde in discredito e fu dai più abbandonato.

Crine di cavallo. Venne usato da Lungren nell'operazione ripetuta sullo stesso soggetto (Maria Kaiser) il 22. V. 1880 (2); però Lungren trovò questo materiale poco elastico e non abbastanza solido.

Spessore della parete uterina compreso nella sutura. Alcuni, come Simon Thomas (1.° caso), Lungren, abbracciarono metà dello spessore; altri, come M. Baker, tutto lo spessore ad eccezione dello strato formato dalla decidua; altri infine, come G. Veit, Grandesso Silvestri, Cazin, Saenger etc., compresero nei punti anche la decidua. Saenger in questo stesso caso, oltre i 6 punti profondi totali, ne applicò 4 superficiali siero-muscolari.

Altri processi di sutura semplice. — *Processo Scibelli* (3). M. Scibelli, uno dei più ardenti propugnatori dell'isterorafia (4), propose nel 1867 un istrumento speciale da lui denominato *stasirafistero*, destinato a fissare e ad assicurare i punti della sutura e a permettere di rimuoverli (5). L'apparecchio, abbastanza complicato ma ingegnoso, doveva rimanere nel cavo uterino fino alla completa cicatrizzazione della ferita. Trasando la descrizione del-

---

(1) *Arch. de Toc.*, 1878.

(2) Loco cit.

(3) « Nuovo istrumento per la sutura dell'utero nel parto cesareo ». Napoli, 20 giugno 1867.

(4) L' A. contrariamente alla dottrina ed alla pratica comunemente vigenti a quell' epoca proclamava solennemente il principio: « dopo la operazione di parto cesareo, per la quale s' intende salvare la vita del feto, il chirurgo ha l' obbligo di praticare una seconda operazione con la quale s' intende salvare la vita della madre; e questa seconda operazione è appunto l'isterorafia, ossia la sutura della ferita dell' utero ».

(5) Schlemmer propose nel 1881 (Loco cit.) pel trattamento del peduncolo nell' operazione Porro un istrumento da lui appellato *intra ed extra-costrittore del laccio*. Reca proprio meraviglia, osserva Saenger, come l' A. non abbia proposto questo serranodi come mezzo di fissazione della sua sutura a nodo corsoio (ved. innanzi). L'istrumento avrebbe dovuto essere abbandonato nell' utero, come quello di Scibelli.

l'istrumento e del modo di adoperarlo, chè, essendo la medesima irta di particolari, andrei molto per le lunghe. Il processo Scibelli rimase allo stato di semplice proposta.

Processo Guéniot. Guéniot nel 1870, allo scopo di annullare la tendenza della ferita uterina a farsi beante e di mantenere le superficie di taglio addossate nella metà esterna ed allontanate nell'interna, in modo che i prodotti della ferita potessero versarsi nel cavo uterino e quindi attraverso la vagina allo esterno, propose il seguente processo: " un ago di acciaio o di platino viene infisso obliquamente nella parete dell' utero a 12-15 mill. dall'orlo della superficie di taglio e si fa uscire con la punta nel mezzo di questa superficie in guisa da sporgervi per 12 mill. circa. Un secondo ago è introdotto in seguito allo stesso modo nella parte opposta della ferita di rincontro al primo. Si avvicinano le due teste divergenti degli aghi, e le superficie di taglio si mettono in contatto superficialmente, laddove dal lato della mucosa vengono a trovarsi divaricate in seguito al movimento di altalena in fuori delle punte degli aghi. Due altri aghi possono essere parimenti situati in sopra ed in sotto dei primi „. L' A. stesso, però, riconosceva che questo processo non è esente da inconvenienti, quali la compressione più o meno accentuata delle superficie di taglio da parte degli aghi, l'ostacolo alla definitiva cicatrizzazione della ferita addominale, dovendo gli aghi esser rimossi più tardi; purtuttavolta egli lo consigliava a preferenza della sutura propriamente detta (1).

Sutura utero-parietale. Le aderenze che tanto frequentemente si formavano dopo il taglio cesareo tra l'utero e la parete addominale vennero ritenute dagli antichi operatori come contrarie al buon andamento della guarigione, perchè di ostacolo alla involuzione dell'utero; epperò Lauverjat nel caso da lui operato il 21. VII. 1782 (2) cercò di distruggerle, ma le aderenze si formarono di nuovo. Più tardi, essendosi quasi sempre nelle autopsie rinvenuta la ferita cesarea aderente alle pareti addominali, ed essendosi giudicato che la relativa innocuità del taglio cesareo

(1) Loco cit.
(2) Loco cit.

ripetuto sullo stesso individuo potesse dipendere dal fatto delle aderenze utero-parietali, si mutò opinione, ed anzi che contrariare il lavorio della natura, annullando queste aderenze, si cercò di favorirle.

Fu PILLORE, di Rouen, nel 1854 che concepì per primo la idea della sutura utero-addominale e la propose allo scopo d'impedire il passaggio del sangue e dei lochii nel cavo peritoneale. All'uopo l'A. consigliò di riunire con punti staccati, mercè filo metallico, la ferita uterina col 1|3 inferiore della incisione addominale, e poi la ferita addominale nei suoi 2|3 superiori mercè sutura intorcigliata o incavigliata (1).

Ma fu LESTOCQUOY, d'Arras, che tradusse in pratica pel primo sulla donna vivente la sutura utero-parietale, senza sapere la proposta di PILLORE, il 2. IX. 1859; e l'operazione fu seguita da esito felice (2). Mentre PILLORE voleva applicati i punti di sutura dopo il vuotamento dell'utero, LESTOCQUOY li applicava dopo l'incisione della matrice, ma prima dell'apertura dell'uovo, affine d'impedire il passaggio del sangue e del liquido amniotico nel cavo peritoneale anche durante l'atto operativo, ed evitare il frapporsi, tra le labbra della ferita, dell'epiploon, dell'intestino e della vescica.

Anche il nostro G. TESTA raccomandò un processo di sutura utero-parietale (3), consistente nell'immettere due aghi 5-6 ctm. più lunghi dell'estensione del taglio uno per lato, a livello dell'angolo superiore dell'incisione, e 1 ctm. circa distante da esso, e dall'esterno all'interno attraverso le pareti addominali (4); nel far penetrare ciascuno dei detti aghi nello spessore del corrispondente lembo della ferita dell'utero senza però penetrare nella cavità di questo, e nel far riuscire l'ago dopo di aver attraversato il detto lembo per tutta la lunghezza dell'incisione, e sempre alla stessa distanza dal suo margine, da dentro

---

(1) « Consideration tendant a prouver la necessité de réunir, après l'oper. césar., chaque lèvre de la plaie utérine à la levre correspondante de la plaie faite à la paroi abdominale » *Gazz. des Hôpitaux*, 1854, vol. XXVII, p. 595.

(2) In DUSART, loco cit.

(3) Loco cit.

(4) Ved. la fig. XIII. del lavoro.

in fuori a livello dell' angolo inferiore del taglio esterno ed alla stessa distanza; infine nell' attorcigliare un filo tra gli estremi superiori degli aghi ed un altro tra gli inferiori, bastando la rigidità degli stessi per mantenere a mutuo contatto le labbra tanto della ferita uterina, quanto di quella delle pareti addominali (1), coadiuvando e rafforzando il ravvicinamento nel mezzo con lunghe liste di cerotto adesivo. Il Testa denominò questa specie di sutura " incavigliata interna „, e fece riflettere che essa può eseguirsi prima dell'apertura dell'utero, per cui si oppone alla fuoriuscita delle anse intestinali e dell'epiploon; la sperimentò su di una cagna, ma non ebbe l' opportunità di applicarla sulla vivente (2).

Tarnier in una operazione eseguita il 25. VIII. 1868 praticò la sutura utero-parietale, ma con esito infausto (3). Più tardi questo stesso A. tradusse in pratica il processo seguente, già da lui esperimentato sul cadavere: aperto l' addome, fissò l'utero, prima di farne la incisione (4), alle pareti addominali per mezzo di 14 punti di sutura, 7 per ciascun lato, dopo di che incise la matrice fra le due fila di sutura ed estrasse il prodotto. L'operata soccombè per gangrena uterina.

Baudon raccomandava di tenere l'utero dopo la sua apertura, ma con l'uovo ancora integro, ravvicinato alle pareti addominali mercè una serie di serre-fine molto grosse, destinate a rimanere in sito fino a che non fosse compiuto il secondamento; si proponeva inoltre di conseguire la riunione della ferita uterina ed assicurare contemporaneamente lo scolo dei lochii per la vagina. Epperò voleva che s'introducesse nel cavo utero-vaginale un tubo di caoutchouch indurito, fatto di una porzione vaginale presentante una doccia nella sua faccia anteriore destinata a dar ricetto all' uretra, e di una porzione uterina costituita di due

---

(1) Ved. la fig. XIV., Ibid.

(2) Bayer fece più tardi (*Arch. f. Gynäk.*, Bd. XVIII., Hft. 3, 1881), una proposta del tutto simile allo scopo di migliorare il processo Pillore.

(3) Comunic. dell'Op. alla Soc. di Chir. nella seduta del 26. I. 1870. *Bull. de la Soc. imp. de Chir.*, 1870, p. 29.

(4) La pratica di fare la sutura utero-parietale prima di aprire l'utero non si deve attribuire a Tarnier, come fece Berlin (loco cit., p. 54), sibbene al Testa.

branche lunghe 8-10 ctm., larghe 12 mm., provviste di fori distanti gli uni dagli altri 1|2 ctm. Un filo metallico, armato di ago, passando pei fori del tubo a sutura, doveva attraversare la parete uterina dalla faccia interna, 1—1 1|2 ctm. dal margine dell'incisione, all'esterna alla medesima distanza; il filo di sinistra doveva attraversare da dentro in fuori la parete addominale del lato destro, e quello di destra parimenti la parete addominale del lato sinistro, in modo che i fili s' incrociassero fra l'utero e la parete del ventre; poscia i fili dovevano essere annodati in fuori su di una placca di caoutchouch indurito, perforata nel suo centro per dare passaggio al pus, convessa, larga 4-5 ctm., provvista di fori deputati a mantenere i fili, in modo da comprendere le labbra della ferita uterina e addominale fra due piani resistenti. Questo processo non riceveva la sanzione pratica (1).

R. Barnes nel 1871 rendeva noto un altro processo di sutura utero-parietale col quale si proponeva: 1.° l' emostasi da parte dei margini della ferita uterina; 2.° l'esatta riunione di questa; 3.° il contatto intimo dell' utero con la parete addominale per favorire l'aderenza, senza produrre stiramento; 4.° la rimozione dei fili della sutura, quando questi avessero raggiunto lo scopo. Un ago armato di un filo di argento viene introdotto perpendicolarmente nella parete uterina vicino all'angolo superiore della ferita 1 1|2 poll. dal margine, così che l'ago attraversi la parete al di sopra di un seno sanguinante. Il filo viene poi passato da dentro in fuori attraverso la parete uterina sotto del seno. In tal modo nella cavità dell'utero si forma un'ansa; stirandone gli estremi viene compresso il seno. Si opera alla stessa guisa sul margine opposto della ferita, però il filo si fa passare dentro della suddetta ansa avanti d'infiggerlo da dentro in fuori nella parete dell'utero. Nella cavità uterina vengono ora a trovarsi due anse metalliche intrecciate. Prima di passare i quattro estremi dei fili attraverso i margini della ferita addominale, un'altra ansa metal-

---

(1) « Recherches sur l'opér. césar. Esposition d' un nouveau mode de pansement donnant une réunion immédiate de la plaie uterine et mettant à l'abri des épanchements intra-péritoneaux. *Recueil des Mem. de Med., Chir. et Pharm. militaires,* Nov. 1869, Tom. XXIII, p. 402; e « Ovotomie abdominale ou Opér. césar. » Paris 1875.

lica deve essere portata nel sito d'incrociamento delle due anse dentro la cavità dell'utero, e i suoi estremi debbono essere condotti attraverso il collo e la vagina allo esterno, il che può essere facilmente praticato con una sonda adatta. I quattro estremi dei fili di sutura debbono essere passati attraverso le pareti addominali in modo incrociato, cioè i due estremi dei fili di destra a sinistra e viceversa. Col tendere ed annodare i fili si viene a rinserrare la ferita cesarea e a fissarla contro le pareti addominali. Affine di evitare lo stiramento consecutivo alla involuzione dell'utero, è meglio, secondo l'A., di applicare i fili attraverso la parete addominale ad un livello più basso di quello in cui si trovano nella parete uterina. In ultimo si applicano nella ferita addominale ancora dei punti di sutura ordinaria. All'8.° o 9.° giorno possono essere tagliate le anse nell'utero giovandosi del filo conduttore, ed essere rimossi dalla ferita addominale gli estremi dei fili (1).

Cazin nel caso citato allo scopo di far sorgere le aderenze utero-addominali cercò di mantenere la matrice avvicinata alle pareti ventrali: dei due capi dei cinque punti di sutura con filo di argento, applicati sulla parete uterina a tutto spessore, uno fu tagliato rasente l'utero e l'altro portato allo esterno attraverso gli interstizii della sutura addominale (2).

Merita anche di trovar posto in questa esposizione il processo di Frank, di Köln (3). Nell'operazione in *extremis* in data

---

(1) Description of a suture for closing the uterine wound in caesarean section and for uniting the uterine wound to the abdominal wall ». *Trans. of the Obst. Soc. of London*, vol. XII, 1874. Prima che il Barnes esponesse il suo processo, in Inghilterra aveva fatto ricorso alla sutura utero-parietale Braxton-Hicks in un caso di fibroma intrapelvico dell'utero, ma non per principio e con metodo, sibbene per combattere un'emorragia da un grosso seno uterino. L'operata soccombè (*Trans. of Obst. Soc. of London*, 1870, vol. XI., p. 99).

(2) Sänger (« Der Kaiserschnitt, etc. » p. 92) fece riflettere che questa modalità di sutura rappresenta un procedimento intermedio tra la sutura semplice e la utero-parietale.

(3) « Beitrag zur Lehre von der Sectio caesarea » Centralbl. für Gynäk., 1881, Nr. 25, Nachtrag, Ibid., 1882, Nr. 2 — Fra gli ostetrici tedeschi anteriori al Frank, fautori della sutura utero-parietale, bisogna

del 9. VIII. 1881, questo Op. estratto l'utero dal ventre secondo il procedimento di Müller, lo incise nella linea mediana dalla metà del corpo fin presso il fondo del cul di sacco vescico-uterino, ed estratto il feto suturò l'utero con 4 punti mercè catgut al di sopra di un tubo a drenaggio peritoneo-utero-vaginale. Cuci con la seta al di sopra della ferita uterina i due ligamenti rotondi, finchè fu possibile, senza esercitare su di essi tensione; il tratto inferiore di questi ligamenti rimasto non suturato venne cucito al labbro corrispondente della ferita addominale. Così formavasi uno spazio appartato dal cavo peritoneale, nel quale giaceva la ferita dell'utero. Questa specie di diverticolo aveva la forma di un padiglione con l'apice al fondo dell'utero e la base al cul di sacco vescico-uterino; le pareti laterali erano fatte dai ligamenti larghi, rotondi e dal peritoneo parietale. In questo spazio si aprivano tre tubi a drenaggio: un primo utero-vaginale, un secondo pre-uterino, esteso dall'angolo inferiore della ferita addominale attraverso il cul di sacco vescico-uterino in vagina, un terzo applicato lungo la ferita uterina fin presso l'apice del padiglione. L'A. consigliava, pei casi in cui la ferita uterina non si arrestasse superiormente nel punto in cui vengono a convergere i ligamenti rotondi, di completare il padiglione mettendo nel sito una membrana riassorbibile, e di ricorrere anche a questa membrana qualora la riunione della parte inferiore dei ligamenti rotondi col peritoneo dovesse produrre tensione. Frank, oltre di aver adoperato questo processo nel caso anzidetto, nel quale l'esito fu infausto, se ne serviva in un secondo caso con risultato favorevole.

Saenger, pei casi nei quali non è da aspettarsi la riunione *per primam* della ferita uterina mercè la sutura semplice, come per es. nell'infezione dell'utero, nel carcinoma della cervice, nella stenosi od atresia del canale cervico-vaginale, consigliava di scegliere fra questi due processi di sutura utero-parietale (1): 1.°

---

ricordare E. Martin (« Ueber die Heilung der Kaiserschnittwunde im Uterus und einen Vorschlag zur Verminderung der Gefahren dieser Operation » Verhandl. der Ges. für Geb. in Berlin. *Monatsschr. für Gebkde.*, Bd. XXIII, p. 333, 1864) ed Olshausen, che l'adoperava in un caso con esito favorevole (*Tagebl. der Naturforscherversammlung in Leipzig.* 1872).

(1) « Der Kaiserschnitt etc. », p. 178-81.

l'utero, suturato col processo dell'A., drenato e riposto nel ventre, viene fissato alla parete addominale mediante punti di sutura che comprendono soltanto il peritoneo parietale ed il corpo dell'utero; il resto della parete addominale nell'ambito della ferita cesarea è suturato separatamente, dopo di aver fatto passare un drenaggio attraverso l'angolo inferiore della ferita. In sopra si pratica la sutura ordinaria delle pareti addominali (Ved. fig. 25.ª del lavoro); 2.° mercè una serie di punti si riunisce il peritoneo parietale all'utero suturato come sopra, in guisa che i margini del primo per tutta l'altezza della ferita cesarea rimangano allontanati formando una specie di ellissi; le pareti addominali, mentre restano beanti nell'intero ambito della ferita uterina, vengono cucite nel tratto superiore alla maniera ordinaria. (Ved. fig. 26.ª). La larga doccia residuale viene o drenata o colmata con polvere di jodoformio. La differenza tra questi processi di Saenger e quelli innanzi descritti risiede nell'esatta sutura della ferita uterina e nella riunione dell'utero non all'intera parete addominale, ma soltanto al peritoneo parietale, per cui lo stiramento scambievole in seguito all'involuzione dell'utero è ridotto al minimo.

Oggi giorno la sutura utero-parietale coi suoi numerosi processi più o meno ingegnosi non conserva che un valore storico. Contro di essa, si fece riflettere, e con ragione, dal Gusserow (1), che viene disturbata l'involuzione uterina e si produce uno stiramento notevole sulla ferita della matrice; da Guéniot (2), che la costrizione sopportata dal tessuto uterino lo espone alla mortificazione; da G. Veit (3), che anche la replezione ed il vuotamento della vescica producono stiramento; e da Porak (4), che viene impedita la distensione dell'urocisti. I processi passibili di minori rimproveri sono quelli ideati da Saenger. La sutura utero-addominale non ha più ragione di esser praticata, dal momento che

---

(1) Verh der Ges. für Geb. in Berlin, *Monatsschr. für Gebkde.*, Bd. XXIII, 1864. Discussione sulla comunicazione di E. Martin (Loc. cit.).

(2) Loco cit.

(3) Loco cit.

(4) « Des sutures de l'utérus pendant l'opération césarienne » *Gaz. hebdom.*, 1884, p, 426.

con la semplice sutura uterina perfezionata si è in grado di ottenere la riunione *per primam* della ferita, e quindi di evitare gli inconvenienti per cui la sutura utero-addominale fu escogitata.

In appendice alla descrizione dei processi di sutura uteroparietale va fatta menzione dell'uso dei **caustici** nell' operazione cesarea, affine di far sorgere aderenze fra la parete addominale e l'utero. Depaul, avendo adoperato con successo questo mezzo in un caso di gravidanza extrauterina, opinò che poteva essere utilizzato in caso di parto cesareo (1). E poco dopo De Saint-Germain (2) presentava un porta-cauterio da lui inventato alla Soc. di Chirurgia, destinato a limitare l'azione del caustico (pasta di Canquoin) sulla parete addominale e sul tessuto uterino (3). Ma Depaul e De Saint-Germain non trovavano seguaci.

Sutura siero-sierosa, o simperitoneale. La prima idea di questa sutura spetta al nostro Martino D' Avanzo, giacchè questi fin dal 23 gennaio 1860 propose all' Accademia medico-chirurgica di Napoli di riunire la ferita cesarea mercè la sutura di Apolito, mettendo a contatto le superficie peritoneali dei margini della incisione, e, incoraggiato dal voto favorevole di quell'illustre consesso, nell'aprile dello stesso anno (4), tradusse in atto la sua proposta. La paziente soccombè dopo 56 ore; e il risultato della autopsia riferito dall'Op. fu questo: " Trovammo.... la ferita dell'utero aderita per due terzi della sua lunghezza; l' utero ridotto abbastanza nel suo volume: nessuna sostanza uterina travasata nel cavo dell'addome; le intestina pallide, come colpite da anemia:.... il peritoneo appena iperemiato. Dalla sezione rilevammo che la donna morì non per infiammazione, ma per alterazione del

(1) Comunic. alla Soc. di Chirurgia, tornata del 26. I. 1870. *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1870, p. 29-35.

(2) *Bull. de la Soc. de Chirurgie*, 1870 p. 286.

(3) Riscontr. per la figura di questo strumento l'opera del Witkowski; « l' Arsenal obstetrical » p. 160.

(4) In Jacoluoci « Caso di parto cesareo etc. *Il Morgagni*, 1862. p, 721; e in Corradi Loco cit., p. 1093—Mayer nella sua dissertazione più volte citata dice che quest' operazione fu fatta nel Marzo 60, laddove Novi (Loco cit.) afferma che venne praticata nel 61. Evidentemente in quest' ultima data è incorso un errore di stampa.

sistema nervoso „. Porak (1) e Potocki (2) attribuirono a torto la priorità della suddetta proposta a Van Aubel, perciocchè costui non prima del 1862 fece la sua comunicazione in proposito alla Accademia reale di Medicina del Belgio. Van Aubel raccomandò il seguente processo: "si disseca per la estensione di un mezzo pollice il peritoneo viscerale, comprendendo nella dissezione una parte quanto più sottile sia possibile della sostanza muscolare. Per chiudere la cavità uterina, si applica sui due lembi dissecati la sutura adoperata da Gély per la guarigione delle ferite intestinali. Si mette così in contatto sierosa con sierosa, allo scopo di ottenere un'infiammazione adesiva „ (3). Nel 1867 Dusart si rivolse questa dimanda: " invece di affrontare semplicemente le due superficie di taglio, perchè non praticare la sutura in modo da mettere in contatto le due superficie sierose che orlano la ferita uterina? „; e per conseguire questo scopo l'A. commendò la sutura di Lembert (4). Baudon del pari si mostrò favorevole a questa sutura scrivendo: " per facilitare la riunione per prima intenzione bisognerebbe suturare la ferita cesarea mettendo a mutuo contatto le sue superficie sierose „ (5). Cazin, nel riferire il suo caso, fece rilevare di aver " addossato le superficie sierose nel modo più perfetto possibile „ (6). Lungren notò di aver " messo gran cura nel riunire gli strati peritoneali „, e che " le superficie peritoneali rimasero a contatto fino a verificarsene la aderenza, e così fu evitato ogni pericolo di versamento di liquidi „. M. Baker affermò di aver seguito lo stesso procedimento: ed infine Saenger, che poi divenne il più ardente propugnatore della riunione in superficie del peritoneo, disse di averla ottenuta nel suo 1.° caso (7). E mentre Spencer Wells insisteva in modo

(1) Loco cit.

(2) Loco cit.

(3) *Bull. de l'Acad. roy. de Med. de Belgique*, 1862, p. 248, 258, Rapport di Hubert.

(4) Loco cit.

(5) Loco cit.

(6) Loco cit. — Qui va notato come anche Spiegelberg consigliasse di « adattare » le lamine sierose mercè i punti superficiali, (« Lehrb. der Geburtsh. »); però questo A. non specificò se questo adattamento dovesse ottenersi in modo lineare ovvero in superficie.

(7) « Den Kaiserschnitt etc. » p. 35.

speciale sull' utilità della sutura siero-sierosa in tutte le operazioni cruente che si praticano sull'utero (1), Zweifel la dichiarava di niun valore nella sintesi della ferita cesarea (2).

Toilette del peritoneo. — Scipione Mercurio aveva scritto: " il cirugico con la sponga così dentro la matrice come di fuori netti al meglio che può il sangue sparso „ (3). Levret, Lauverjat, Baudelocque zio, e parecchi altri consigliarono di procurare l'uscita del sangue e del liquido amniotico versatisi nel cavo addominale situando la paziente in opportuna posizione (laterale dal lato del taglio esterno, o verticale), esercitando delle pressioni sulle pareti addominali, e facendo nel ventre delle iniezioni di acqua tiepida per lavare la superficie dei visceri. Plenck prescrisse tassativamente di portar via con spugna il sangue ed il liquido amniotico versatisi nell'addome dalla ferita. Asdrubali (4) volle che si rendesse libera la cavità dell' addome da ogni umore raccoltovi mercè spugne fini e riscaldate in qualche acqua vulneraria, e che si togliesse con le mani ogni altro corpo estraneo, massime i grumi di sangue, che si saranno formati nel tempo dell'operazione. Con queste maniere, aggiungeva l'A., si terranno lontani molti accidenti che potrebbero rendere dubbia la desiderata guarigione. Ed. v. Siebold, Mayer, Stoltz, etc. preferirono anche di servirsi di spugne piccole e molli per la pulizia della cavità peritoneale; specialmente l'ultimo insisteva su questa pratica, consigliando di nettare arditamente le più piccole ripiegature della sierosa, le anse intestinali e l'epiploon.

Riunione della ferita addominale.—Si cercò di ottenerla in tre modi: 1° per mezzo della **sutura cruenta**; 2° per mezzo della **sutura secca**; 3° combinando la prima sutura con la seconda (**processo misto**).

Sutura cruenta. — Rousset, facendo tesoro della proposta di Galeno di fare la gastrotomia nelle ferite dei muscoli del ventre,

---

(1) « Observation on recent improvements in the mode of removing uterine tumours » *Brit med. Journ.*, 1881, Juni 11, Nr. 1067.

(2) Loco cit.

(3) Loco cit.

(4) « Trattato generale di Ostetricia teorica e pratica. „ Tom. IV, p. 33, Roma 1812.

consigliò di applicare 4-5 punti staccati, comprendenti, a quanto pare, soltanto la cute nel sito previamente segnato con inchiostro. A favore della sutura cruenta si pronunziarono in seguito Scipione Mercurio, Peu, Ruleau, Dionis, Guenin, Levret, Tanaron (1) Lauverjat, G. G. Stein, Baudelocque zio, Désormeaux, Alliprandi (2), Pastorello (3), Stoltz ecc.

Dionis accenna alla gastrorafia fatta con due aghi infilati ad unico cordoncino; Guenin (4) nei due suoi casi, servendosi appunto di due aghi infilati ad un cordoncino, cominciava la sutura dal basso applicando un punto con ciascun ago da dentro in fuori, toglieva uno degli aghi e faceva un nodo all'estremo del capo da cui avea rimosso l'ago; poscia passava l'ago rimasto, sempre da dentro in fuori, su ciascun lato della ferita fino all'angolo superiore, dove faceva un secondo nodo sul filo lasciando questo alquanto lungo. L' A. avvisava di non moltiplicar troppo i punti di sutura e applicarli alla distanza di 3-4 linee dai margini della ferita per tema venissero meno. Vantaggi di questa sutura " intrecciata „ a dire dell'A., sarebbero: la facilità di esecuzione per uno che opera da solo, la più facile uscita del pus dalla ferita, la possibilità di rimediare all'emorragia allentando gli estremi dei fili.

Tanaron fu propugnatore della sutura incavigliata che prescriveva di fare con un solo grande ago curvo munito di un nastrino fatto da più fili di refe incerato, e non con due aghi infilati ad unico nastrino, " il che non serve ad altro che a rendere l'operazione più composta e misteriosa. „ L'ago doveva passarsi da dentro in fuori ed uscire sulla pelle a due traversi di dito dall' orlo della incisione, affinchè il punto di sutura tenesse più forte. Baudelocque zio fu d' avviso che la gastrorafia, se non è indispensabile, è il mezzo più sicuro per ottenere una cicatrice ferma e solida. Preferì pure alla sutura interrotta la incavigliata, come la più propria a procurare la conglutinazione di tutta la spessezza delle parti divise: osservò che è d' uopo far nodi a rosette per rallentare e restringere, occorrendo, la cucitura. Favorevolmente

---

(1) « L'Ostetricia ovvero l'arte di raccogliere i parti. » Firenze 1768.
(2) « Trattato elementare di Ostetricia. » Torino 1839, vol. II, p. 241.
(3) « Trattato di Ostetricia. » Pavia 1854, vol. II, p. 290.
(4) Loco cit.

alla sutura incavigliata si pronunziarono Désormeaux, Velpeau, Stoltz, Mayer ecc. Mentre però Baudelocque e Désormeaux consigliarono di applicare pochi punti (2-3), Kilian, Stoltz e Mayer vollero che il numero ne fosse maggiore; e Kilian e Stoltz, oltre i punti di sutura incavigliata, commendarono l' applicazione di semplici punti superficiali, uno in mezzo ad ogni due punti profondi; Mayer poneva i punti ad una distanza minore di un pollice per evitare la uscita di qualche ansa intestinale nei loro interstizii, e trovava indifferente situarli da sopra in sotto o reciprocamente. Asdrubali dette la preferenza alla sutura interrotta; De Renzis e Ciccone (1) consigliarono lo stessa sutura, ma in caso di pareti sottili, laddove parve loro migliore la sutura incavigliata pei casi in cui le pareti fossero molto doppie. Vi fu anche chi predilesse la sutura intorcigliata; ed infine E. Hubert raccomandò di servirsi di una sutura incavigliata metallica profonda e di una intorcigliata superficiale (2).

Autenrieth (3) raccomandò di applicare i punti di sutura dopo l'apertura dell'addome, ma prima del taglio dell'utero, allo scopo di poter più presto chiudere la cavità addominale e diminuire così il pericolo dell'entrata dell' aria nel peritoneo. Zang, Carus e Schenk (4) si dichiararono fautori di questo procedimento, il quale da Mayer veniva giudicato inutile e d'impaccio all' operatore.

I più, Tanaron, v. Graefe, Blundell (5), Kilian, Stoltz, Naegele, diedero il precetto di comprendere nella sutura anche il peritoneo, laddove Pastorello, De Renzis e Ciccone, Mayer, E. Hubert, etc. consigliarono l'opposto, volendo evitare una flogosi reattiva molto risentita.

Sutura secca.—Guenin nei suoi due casi, fatta la gastrorafia col processo innanzi descritto e previa applicazione sul ventre di tre compresse, una mediana e due laterali, praticò una fasciatura unitiva col passare i capi di un lato attraverso un'apertura

---

(1) « Istituzioni di patologia chirurgica », Napoli 1853, Vol. VII, p. 556.

(2) Loco cit., p. 167.

(3) *Tübinger Blätter für Naturwissenschaft und Heilkunde*, Bd. II, 1816, Stck. 1, p. 126 seg.

(4) Risc. *El. v. Siebold's Journal*, V Bd., 3 St.

(5) *The Lancet*, 1827—8, V, II, Nr. 245, p. 164.

fatta nei capi compagni e nel serrare poi ciascun giro di fascia mercè trazioni esercitate sui primi. A. F. Barbaut (1), dopo di aver descritto un processo di gastrorafia intercisa, avvertiva che vale meglio ravvicinare le labbra della ferita con empiastri agglutinativi, evitandosi così lo stiramento delle labbra della ferita e per conseguenza il gonfiore, l' infiammazione e la lacerazione. Deleurye sconsigliava addirittura la gastrorafia come non necessaria, perciocchè la contrazione dei muscoli del basso ventre avvicina le labbra della ferita. Lauverjat, Plenck, Roederer, Richter, Schmidt-müller, Gardien, Sabatier, ecc. si pronunziarono parimenti contro la sutura cruenta. Si fece riflettere, inoltre, che con la sutura secca si evita la parte più dolorosa di tutta l'operazione, e che è possibile di riaprir più presto e meglio la ferita nel caso che un'ansa intestinale siasi insinuata attraverso le pareti divise. Roederer, Plenck, Gardien consigliarono di riunire le labbra della ferita con semplice fascia unitiva. Ritgen (2) consigliava d' incollare, prima dell'incisione addominale, 8-12 strisce di cerotto adesivo lunghe 1 1|2-2 braccia e larghe un grosso dito con la parte mediana alla regione lombare; di circondare strettamente il ventre con le strisce situate più in alto, incrociandone gli estremi; di portare le altre strisce fino al sito stabilito pel taglio l' una di rincontro all'altra e di ritorcerne gli estremi indietro. La fuoriuscita delle intestina sarebbe limitata dalle strisce superiori, e le altre potrebbero servire dopo alla riunione della ferita mercè la loro soprapposizione. Ed. v. Siebold (3) rigettava la sutura secca per la ragione che è a temersi la facile riapertura della ferita e la fuoriuscita delle budella; citava il caso di Mursinna, nel quale si volevano adoperare semplici liste di cerotto adesivo, ma si dovè ricorrere alla sutura cruenta, non essendo stato possibile col primo modo di sintesi di ridurre i visceri nel cavo addominale; ed il caso di un altro ostetrico che fu costretto a sostituire la sutura sanguinante alla secca per esser venute meno le liste di sparadrappo in seguito a contrazioni spasmodiche dei muscoli

---

(1) « Cours d'Accouchements. » Paris 1765, tom. II, p. 87.
(2) « Anzeig. zu mech. Hülf » p. 448.
(3) Loco cit., p. 323 e 340.

addominali, il che produsse la fuoriuscita dell' intero pacchetto intestinale.

La sutura secca venne praticata da Bongioanni e da Pastorello (1), e più tardi da Caifassi (2) e da Lebleu (3), che attribuirono all'uso di essa gran parte del buon esito ottenuto nelle loro operazioni. Caifassi si servì di strisce di cerotto adesivo lunghe tanto da fare una volta e mezzo il giro del ventre, e ne portò il mezzo contro le vertebre lombari e gli estremi in avanti fermandoli oltre il margine opposto della ferita. Lebleu formò con cerotto steso su grossa tela una fascia a corpo terminante con 3-4 digitazioni da ciascun capo, che ricondusse in avanti nel momento della medicatura; e per tenere i margini della ferita a più mutuo contatto pose sui lati due grossi piumaccioli che assicurò con altra fascia a corpo di semplice tela. A Cazeaux sembrava questa modificazione della medicatura raccomandata dal Lebleu abbastanza felice ; e Balocchi opinava che la coincidenza dell' esito nei fatti di Caifassi con quelli del Lebleu dovesse far riflettere seriamente coloro cui toccasse di dover eseguire un' operazione cesarea. Caifassi ebbe altri imitatori nel Panunzi e nel Cocchi di Roma, le cui operate guarirono (4), e nel Brancadoro e nel Carli, le cui operate soccombettero (5): dopo questi due nessuno più adoperò presso di noi la sutura secca (6).

Processo misto.—Asdrubali commendò metodicamente questo connubio della sutura cruenta con la secca, prescrivendo di adattare sul ventre due liste di cerotto adesivo, una verso l'angolo superiore del taglio, ed in quello inferiore l' altra con l'avvertenza che nell'attraversare il medesimo le si faccia descrivere un X; ogni estremo delle liste doveva portare cucito un nastro onde potersi annodare in un fianco. In tal modo i fili della sutura cruenta

---

(1) In Corradi, loco cit., p. 1081, 1083, 1113.

(2) *Gazzetta Toscana delle Scienze Medico - Fisiche*, anno 1849, n. 2, p. 9-10.

(3) « Memoire sur l' opportunité et la semplification de l' opération cesarienne. » *Revue méd. franc. et étrang.*, Paris 1855.

(4) In Corradi, loco cit., p. 1063 e 1065.

(5) In Corradi, loco cit., p. 1091 e 1095.

(6) In Corradi, loco cit., p. 1139.

non avrebbero cagionato dolore, nè tagliate le labbra della ferita e si sarebbe avuto un coalito più pronto di questa. Avrebbe dovuto reggere il tutto una fascia a corpo della foggia di quella, usata per l' unione del labbro leporino, fornita nei suoi estremi di nastri per lo stesso uso descritto per le liste di cerotto. Ed. v. Siebold anche consigliò di praticare la sutura secca in aiuto della cruenta, e di fissare il tutto con una fascia a corpo; e richiamò l'attenzione su di una fascia a corpo speciale proposta dal suo antenato C. Casp. v. Siebold (1) per essere adoperata dopo il taglio cesareo (la quale doveva nello stesso tempo rendere inutile la sutura sanguinante). Velpeau, Kilian, Cazeaux, F. Naegele. Mayer, Balocchi ecc. patrocinarono del pari l' uso del metodo misto. Kilian volle che tre o quattro liste di sparadrappo, applicate col loro mezzo sul dorso, venissero ad incrociarsi coi loro estremi sulla linea di sutura nello intervallo compreso fra i punti, e che abbracciassero il ventre non in direzione orizzontale, ma diagonale, per non ostacolare i movimenti della parete addominale dovuti al fatto della respirazione. Cazeaux, come Velpeau, consigliò una fasciatura unitiva ma senza descriverla; e Mayer una fasciatura alla Lebleu situata sopra le strisciole di sparadrappo.

Drenaggio. — Alcuni furono di avviso che l' operazione sarebbe stata seguita da miglior successo se si fosse potuto assicurare il libero scolo dei lochii per la via naturale, tenendo costantemente aperto l'orifizio dell'utero, perciocchè, rinchiusosi questo, non sarebbe stato possibile di praticare delle iniezioni ammollienti ed anodine nella matrice, le quali parvero molto adatte a diminuire l'eretismo di questo viscere e a determinare il deflusso dei lochii per la vagina. All' uopo Rousset consigliò d' introdurre nell' utero fino al fondo un pessario fatto da un cero pertugiato, coperto di pannolino o di bambagia ed unto di una miscela di burro fresco, grasso di gallina, olio rosato e bianco di uovo, allo scopo di dare passaggio ai liquidi saniosi ed anche di difendere il collo e la bocca dell'utero dall' agrume delle se-

(1) Risc. « Henkel 's Anweisung zum chirurg. Verbande, bearb. von Stark » Berlin u. Strassburg, 1802, p. 242.

crezioni. Verduc (1) e Ruleau raccomandarono la stessa pratica; Baudeloque zio consigliò d'introdurre nel collo dell'utero una tasta sfilata, e Tarbes, di Tolosa (2), una siringa di gomma elastica assai lunga da poterla fissare esternamente, anche allo scopo di poter eseguire facilmente le suddette iniezioni endouterine per tutto il tempo della medicatura. Ma Guenin dichiarò inutile la pratica di Rousset, e Levret per giunta dannosa, perchè il pessario rammollendosi per effetto del calore della località e perdendo quindi la scanalatura ostacolerebbe lo scolo dei secreti. Secondo Baudelocque zio, poi, oltre che sarebbe difficile di mantenere il descritto pessario nell'utero, non potrebbe il medesimo servire al passaggio dei grumi di sangue, fra i quali ve ne sono de' grossissimi, e al dire di Gardien potrebbe aumentare lo spasmo e l'irritazione dell'utero, a cui deve attribuirsi la mancanza dello scolo dei secreti.

La maggioranza degli operatori lasciarono senza riunione l'angolo inferiore della ferita addominale per la lunghezza almeno di 2 ctm. nello intento di dare facile deflusso all'esterno ai liquidi stravasati nel cavo peritoneale. Alcuni per raggiungere meglio questo scopo introdussero attraverso il detto angolo tra la parete addominale e l'utero un lucignolo di filaccica o una bandeletta di pannolino sfilata; altri portarono un estremo della tasta nell'utero, sempre attraverso l'angolo inferiore dell'incisione esterna. Cazeaux (3) propose di passare un setone nella matrice per la ferita esterna, di farlo uscire per la vagina e la vulva e di legarne i due estremi sul pube. Ma tale proposta, a dire di Stoltz (4), non trovava seguaci, perchè in tal modo si favorirebbe lo scolo dei lochii nel ventre e lo stabilirsi di una fistola utero-addominale. Scanzoni (5) propose di sostituire allo stuello di filaccica uno di quei tubetti di vetro che servono come canali di spurgo nell'o-

---

(1) « Le maître en chirurgie, ou l'abrégé de la chirurgie de Guy de Chauliac » Paris 1691.

(2) In: Gardien, Loco cit., p. 60.

(3) Loco cit.

(4) Loco cit. p. 706.

(5) « Die geburtsh. Operat. In: Lehrbuch der Geburtshülfe » Wien 1867, p. 286.

variotomia, e Balocchi (1) fu dello stesso avviso. Stoltz credè che all'omissione della sindone nell'angolo inferiore della ferita dovevano ascriversi due suoi casi con esito infausto, e Winckel sen. seguì sempre questa pratica. Hasse (2) poi trovò la differenza del 17 per 100 a favore della pratica dell' introduzione dello stuello nell'angolo inferiore della ferita esterna. Se però l'uso della sindone nella ferita ventrale ebbe parecchi fautori, contò pure molti avversarii, tra i quali Plenck in prima linea. Reiche (3), che praticò tre volte il taglio cesareo con risultato favorevole per la madre e pel feto, affermò che la sindone sia non solo inutile, ma dannosa, perchè irrita il peritoneo e non favorisce lo scolo dei materiali. Breslau (4) anche la rigettò, e volle che si suturasse la ferita in tutta la sua lunghezza. Hillmann (5) fu dello stesso avviso, ed attribuì a questo processo l'esito fausto da lui conseguito. Mayer osservò che tanto per la penetrazione dell'aria che per la presenza del corpo estraneo vi sarebbero a temere gravissimi processi infiammatorii, e, che invece di pensare alla libera uscita dei liquidi raccolti, si ha il dovere di prevenirne il versamento e di non accrescere i pericoli dell' operazione. R. Barnes (6) disse: " il fatto importante è di chiudere completamente la ferita „, e consigliò di passare il catetere esofageo nell'orifizio dell'utero e della vagina per lo sgorgo dei lochi e degli altri umori. Qualcuno infine, come Pastorello, pensò che non sarebbe male di approfittare del buono di ambedue le pratiche opposte, introducendo la sindone e levandola al primo segno d' irritazione che si vedesse dalla medesima indotto.

Medicatura e situazione dell' operata. — In generale si applicarono sulla ferita esterna un piumacciuolo bagnato in vino aromatico, in acqua vulneraria, o in un balsamo, ovvero una pezzuola spalmata di cerato; sui lati della ferita delle compresse bagnate in un decotto ammolliente ovvero semplici; ed il tutto

---

(1) Loco cit., p. 825.
(2) Loco cit., p. 21.
(3) *Deutsche Klinik*, 1854, N. 33.
(4) *Monatsschr. für Geburtsk.*, Bd. XX, p. 276.
(5) *Deutsche Klinik*, 1863, N. 31.
(6) *Med. Times*, 25 Dec. 1866, p. 717.

si mantenne in sito mercè una fascia a corpo sostenuta o non da uno scapolare. Bissac, Stein sen., Hofer, Osiander, C. Casp. v. Siebold d'anzi citato, El. v. Siebold, Graefe etc. proposero delle fasce a corpo speciali per fissare la medicatura. Kilian preferì quella di Graefe come la più semplice.

Barbaut e Tarnier, e tutti coloro che commendarono il processo dell'incisione laterale o vi si attennero, vollero che la paziente tenesse la posizione laterale corrispondente al lato del taglio: Naegele, Mayer, e tutti quelli che consigliarono il processo dell'incisione mediana o vi fecero ricorso, [illegible] che la donna si mettesse in posizione supina col petto alquanto sollevato e con gli arti inferiori in semiflessione. Wigand [illegible] raccomandò la posizione sul lato destro, ma non orizzontale, sibbene quasi verticale. El. v. Siebold e Kilian, benchè patrocinatori del taglio col processo mediano, consigliarono di situar la operata alquanto inclinata su [illegible] per Kilian [illegible] la parte più bassa [illegible]

Trattamento post-operatorio. — Kilian [illegible] Monteggia [illegible] Simone Mensinga [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

rono che questa dovesse esser governata non diversamente dalle altre ferite penetranti nell' addome. Alcuni consigliarono di rinnovare la medicatura fin dal primo giorno e poi ogni giorno in seguito; altri, e furono i più, di non rimuoverla prima di 4-5 giorni, per non stimolare la ferita, meno il caso di fuoriuscita dell'intestino, di strozzamento intestinale o di versamento di sangue nel ventre. Kilian volle che le liste di sparadrappo rimosse venissero sostituite lì per lì da altre, onde evitare ogni stiramento dei punti di sutura, e che non prima degli 8-14 giorni si dovessero completamente rimuovere, potendosi la ferita riaprire spontaneamente. Lo stesso Kilian prescrisse di rimuovere il punto che cagionasse una suppurazione troppo abbondante, di allentare i nodi, se troppo stretti, e, se un punto avesse reciso i tessuti, di sostituirlo con un altro, però mercè un semplice filo, o applicato più sopra o più sotto. Si diede il precetto da parecchi (Naegele, Mayer etc.) di far restare in sito i punti della sutura fino alla completa riunione della ferita e di rimuoverli non tutti in una volta, cominciando dal punto superiore. Siccome, però, i fili della sutura, non essendo asettici, si circondavano dal 3° giorno circa in poi di una zona suppurante, a partire da detta epoca si giudicava prudente di rimuoverli, rimpiazzandoli con altri mezzi contentivi. La ferita addominale guariva quindi per seconda intenzione; e Kilian ebbe ad affermare come l'esperienza avesse dimostrato, quei casi esser stati più fortunati, nei quali la guarigione della ferita avvenne lentamente (1). Da Busch invece si proclamava il principio adottato universalmente nell'era antisettica: " il trattamento consecutivo deve esser diretto specialmente a far guarire la ferita con pronta riunione „ (2). — Qualora le labbra della ferita presentassero segni di gangrena, Naegele raccomandava l'applicazione di piumacciuoli imbevuti di decotto di china o di spirito canforato; se la ferita avesse un aspetto pallido e margini rilasciati, la causticazione con la pietra infernale Stoltz consigliava allo stesso scopo anche gli antisettici, come la soluzione di solfato di ferro, di solfato di soda, ecc.

Durante il cambiamento della medicatura Metz fece giacere

---

(1) Loco cit. pag. 766.

(2) « Lehrbuch der Geburtsk. » 1842, pag. 526.

la operata sui gomiti e sui ginocchi, e Frommer (1) consigliò di situare la donna addirittura sul ventre: procedimenti entrambi da non imitarsi, secondo Kilian.

Per favorire lo scolo dei secreti della ferita, oltre la posizione opportuna, venne raccomandato il cangiamento assiduo della sindone nell'angolo inferiore della ferita da tenersi sempre aperto, il mantenere dischiuso l'orificio uterino come la via principale per la uscita de' secreti. All'uopo, all'infuori della pratica del drenaggio utero-vaginale, Baudelocque zio trovò utile di fare delle iniezioni di acqua tiepida o d'una leggera decozione d'orzo nell'utero attraverso la ferita addomino-uterina, e Lauch (2) propose un procedimento speciale consistente nel riscontrare lo stato dell'orificio, e qualora fosse divenuto impermeabile pei secreti della ferita, di liberarnelo al più presto possibile. Nägele dava lo stesso precetto. Ma Stoltz trovava che il dito giunge raramente a penetrare nell'orificio interno del collo, per cui invece del dito consigliava d'introdurre giornalmente, durante i primi tempi del puerperio, l'estremo di una sonda di metallo a becco ricurvo fino nella matrice.

Per pulire la vagina parecchi raccomandarono delle iniezioni vaginali, le quali, secondo Kilian, debbono esser praticate con tutta cautela e lentamente, affinchè i liquidi iniettati non si facciano strada attraverso l'orificio della ferita uterina e quindi nell'addominale. Ma Roser, Pick e qualche altro erano andati più in là, prescrivendo delle iniezioni endouterine da farsi dalla via della vagina allo scopo principalmente di lavare la superficie interna dell'utero.

Si fece notare che i versamenti di sangue nel ventre non [illegible] se la ferita uterina non rimane a [illegible] dietro l'addominale. A ben assicurare il parallelismo delle due ferite ed anche ad attirare i secreti della ferita uterina verso l'esterno, si consigliò, ad [illegible], di mettere un paio di [illegible] compresse ai lati delle [illegible] ferite sotto la fascia a corpo.

Contro l'emorragia secondaria furono raccomandati vari mezzi atti a favorire la contrazione uterina, quali la segala e sali pre-

(1) Handbuch der Geburtshülfe [illegible] p. [illegible]

(2) Hamburg. med. chir. Zeitung [illegible] X. [illegible] p. [illegible]

parati, le pressioni sull'addome, le frizioni ripetute del collo uterino, l'applicazione delle compresse fredde o della vescica di neve sul ventre, la limonea idroclorica e i pezzettini di neve per bocca, ecc.

Per combattere il versamento del sangue o dei lochii nel cavo addominale, oltre la opportuna situazione dell'operata ed il tenere aperto sufficientemente e per lungo tempo l'angolo inferiore della ferita, Levret (1) consigliava le iniezioni tiepide nella cavità peritoneale di liquidi anodini, dolci o balsamici, o semplicemente detersivi, secondo l' esigenza dei casi, " poichè è provato che l' acqua iniettata nel basso ventre di parecchi cani si è trovata riassorbita in tempo brevissimo „. Queste iniezioni si trovano commentate anche da Tanaron.

Per prevenire la metro-peritonite, che si era addimostrata come causa potissima di morte dopo il taglio cesareo, Goffredo Filippo Michaelis non si peritò di proporre l'estirpazione dell'utero dopo l'estrazione del feto (2). Allo stesso scopo Metz raccomandò caldamente l'uso del freddo (3) che era stato condannato da Rousset. Metz volle che, non appena trasportata nel letto la operata, se ne ricuoprisse il ventre con compresse bagnate di acqua fredda, e che a queste dopo alcune ore si facesse seguire l'applicazione di vesciche contenenti del ghiaccio. Inoltre a questi mezzi locali bisognava associare dei lavativi di acqua fredda e l'uso continuo di pillole di ghiaccio. Per regola generale doveva continuarsi l'uso del freddo fino a che riuscisse gradevole alla puerpera; appena questa mostrasse il detto mezzo cagionarle malessere, faceva d'uopo sospendere l'uso delle compresse per alcune ore per non riprenderlo che quando la donna ne manifestasse il desiderio. Su otto operate trattate a questo modo da Metz e suoi colleghi di Aix-la-Chapelle dal 1837 al 1850 ne sarebbe morta una sola e per giunta all'11° giorno. Secondo Corradi (4), Pastorello fin dal 1830 per prevenire la metro-peritonite faceva ricorso all'applicazione

---

(1) Loco cit., p. 442.

(2) *Siebold's Lucina*, 1809, Bd. V. Strick 1, 8, 89, Note.**

(3) «Ueber die Anwendung der Kälte nach gemachtem Kaiserschnitte» Abdruck aus *Göschen's deutscher Klinik*, Berlin 1852.

(4) Loco cit.. p 1151.

di fomenti ghiacciati sul ventre, quando era viva nelle scuole la sentenza essere il freddo *puerperarum pestis*, ed il Dott. Custodi di Busto Arsizio, luogo infestato dall'osteomalacia, fin dal 1847 si era servito ottimamente del ghiaccio sul ventre e di bevande mucilaginose ghiacciate in un'operata, perchè colta da metrorragia, quantunque fosse in grande prostazione: similmente e con pari buona fortuna aveva ripetuto la medesima cura in altra operata nel 1849 a cagione dell'insorta peritonite. Valbianchi pure si serviva del freddo allo stesso scopo. Stoltz si compiaceva di aver adoperato fin dal 1834 con il maggior profitto contro il meteorismo e i dolori nel ventre dei cataplasmi freddissimi, convenendo che il Dr. Metz aveva fatto dell'uso del freddo dopo l'operazione cesarea tutto un metodo di cura e che era entrato in una eccellente via. Il Pastorello terminava il Cap. della Gastro - isterotomia del suo Trattato di Ostetricia più volte citato col raccomandare di soprapporre al ventre dell'operata il bagno ghiacciato per prevenire l'emorragia ed una troppo forte infiammazione dei visceri interessati. Hasse (1) calcolò che col procedimento di Metz circa il 73 per 100 delle operate si salvarono. Contro questo procedimento si levarono parecchi, alcuni condannandolo addirittura, altri mettendone in dubbio l'efficacia o accettandolo con riserva. Tra i primi va citato G. A. Michaelis (2), il quale dichiarò il metodo Metz audace procedimento, parto d'idee teoriche da cui la pratica non si deve lasciar governare. Baudon (3) affermava potersi sostenere senza temerità che le donne trattate col metodo Metz e salvate sarebbero egualmente guarite senza l'aiuto del freddo, il quale a Parigi non n' avrebbe salvato neanche una, quand' anche adoperato alla stessa maniera e nelle identiche condizioni. A Corradi pareva di poter asserire che il ghiaccio, i fomenti freddi, etc. giovano e sono utilissimi fintanto che più prepotenti cagioni o circostanze non ne vietano il benefizio, e che inoltre anche questo metodo va usato con discernimento e regolato conforme le peculiari condizioni del soggetto.

---

(1) Loco cit., p. 55.

(2) « Geschichtl. Bemerkungen über den Kaiserschnitt » In: «Abhandl. aus dem Gebiete der Geburtshülfe » Kiel 1833.

(3) Loco cit.

Contro la peritonite e le sue manifestazioni, oltre il freddo, furono commendate le sottrazioni sanguigne, gli oppiacei, le docciature di etere, i purganti, i sudoriferi, i mercuriali, il solfato di chinino. Favorevoli al salasso furono i nostri Valle ed Asdrubali. Il primo scrisse: non si dovranno risparmiare le cavate di sangue, etc.; il secondo desiderò che le emissioni di sangue fossero compassate sul temperamento della paziente, sulle esistenti forze della medesima e sull'intensità dei sintomi. Hasse pure fu fautore del salasso ripetuto e delle emissioni sanguigne locali; Kilian ricorreva al salasso ed alle sottrazioni topiche di sangue, quando il freddo non avea dato alcun risultato. Ma Naegele era contrario all'uso delle sottrazioni sanguigne generali notando che quasi tutte le donne trattate col salasso morirono; però non ripudiava l'uso delle sanguisughe nei siti più dolenti, da ripetersi fino a che lo permettessero le forze della paziente e fino a che non scomparissero i sintomi minaccevoli. Mayer pure si pronunziava contro i salassi, come quelli che accrescendo l'esaurimento dell'organismo accelererebbero la fine delle pazienti. Corradi invece voleva che si tenesse il giusto mezzo, perchè v'hanno dei casi in cui le sanguisughe e perfino i salassi sono, oltre che convenienti, necessarii, siccome i migliori maestri concedono. — L'oppio e suoi preparati vennero raccomandati specialmente da Naegele per combattere gli accidenti nervosi, quali il singhiozzo, il vomito, i forti dolori addominali, il meteorismo. Già Asdrubali avea prescritto che fosse propinato di tempo in tempo alla paziente come mezzo preventivo di detti fenomeni una pozione opiata, la quale sa ammansire l'irritato sistema nervoso e per conseguenza porre in quiete la macchina tutta sconvolta dalla grave e non breve succeduta operazione. Scanzoni (1) consigliò in modo rigoroso di amministrare alla paziente, subito che fosse stata messa a letto, dell'acetato di morfina in unione del solfato di chinino; Mayer insistè sull'uso degli oppiacei per moderare il dolore e conseguentemente i moti peristaltici dell'intestino dipendenti da azione riflessa, e contro il delirio nervoso volle che fosse amministrato il laudano per clisteri ovvero per bocca.—Le docciature di etere sul ventre furono proposte da Stoltz per calmare i dolori addominali. Mayer non nega

(1) Loc. cit. pag. 297.

che possa giovare immensamente allo stesso scopo la pratica raccomandata da Ozanam e Jousset nelle gravi peritoniti da perforazione e puerperali, di spalmare sull' addome, e di ora in ora, il collodion a larghi strati, il quale agirebbe come anestetico per l'etere che contiene.—L'amministrazione dei purganti, miti ma sicuri, fu raccomandata specialmente da G. A Michaelis, il quale si proponeva così di eccitare una gagliarda secrezione del tubo intestinale come medicatura rivellente della peritonite essudativa. Anche, come mezzo profilattico, raccomandarono di promuovere le scariche intestinali Ed. v. Siebold, Kilian, Naegele; secondo quest'ultimo, l'esperienza avea dimostrato che dove le dette scariche avvengono precocemente, lì i disturbi da parte dell' addome più spesso non hanno luogo, ovvero sono presto leniti; in caso che i clisteri rimangano inefficaci, sono indicati specialmente gli oleosi ed il calomelano. A peritonite già sviluppata Mayer rigettava l'uso dei purganti, poichè aggravano l' affezione, e li trovava soltanto indicati in quei casi nei quali la ritenzione delle feci complica od aggrava la peritonite.—I sudoriferi, quali le bibite calde, l'infuso di the, etc., secondo Naegele non si debbono adoperare in primo tempo, perchè provocano il vomito; il meglio che si possa fare per promuovere la secrezione cutanea è di applicare panni riscaldati sulle membra e fare delle dolci fregagioni.—Tra i mercuriali, come antiflogistici, furono commendati il calomelano da Hasse fino alla salivazione, e la pomata mercuriale da altri. Ma Mayer faceva riflettere che l'uso dei mercuriali nella peritonite, se non nocivo, sarebbe certamente inutile. — Il solfato di chinino ad alte dosi veniva additato da Stoltz come antifebbrile, avendone avuto eccellenti risultati nelle febbri puerperali addominali.— Come cura antiflogistica Ed. v. Siebold consigliò di promuovere, oltre l'attività delle pelle e le scariche intestinali, anche il flusso lochiale e la secrezione mammaria. La lochiazione, a dire di Naegele, viene favorita nel modo più sicuro per mezzo della provocazione precoce di vuotamenti intestinali. Allo stesso fine furono anche raccomandati i fomenti caldi dei genitali esterni, come anche iniezioni abbondanti nella vagina e nell'utero. La lattazione si può favorire con l'applicazione per tempo del bambino alla mammella (Naegele). L'umore latteo chiamato verso le mammelle, secondo Baudelocque zio, sarebbe distolto dall' utero, e così si

asciugherebbe più prontamente la sorgente degli scoli che si fanno dalla ferita di questo viscere. Ma in generale, giusta l'avviso di Stoltz, la salute delle madri sgravate col taglio cesareo non è tanto buona da sopportare la fatica dell' allattamento, e soventi le glandole mammarie segregano pochissimo.

Durante la convalescenza Mayer consigliava come utilissima la medicazione tonico-analettica; e, dopo la guarigione, Baudelocque zio, Alliprandi, Kilian, Naegele, Stoltz, etc. volevano che l'operata portasse per lungo tempo una ventriera per prevenire l' ernia addominale facile a verificarsi, secondo Stoltz, per la poca solidità del coalito dovuta alla mancanza di cicatrizzazione dell' aponevrosi per un tratto più o meno lungo, come avevano dimostrato le autopsie.

Esiti dell'operazione. Esito prossimo per le madri. Quasi tutte le operate perirono, donde l'universale convincimento, il quale ha dominato fino ai giorni nostri, che il taglio cesareo fosse un' operazione formidabile, temibile, una *extrema ratio* dell' Ostetricia, e da ciò anche le proposte di G. Ph. Michaëlis dell' estirpazione totale dell'utero (1), e di J. Blundell della legatura degli ovidutti (2) dopo il taglio cesareo, allo scopo di rendere le operate sterili per sempre. Volendo assegnare la percentuale della mortalità bisogna far ricorso alla statistica. Essendosi chiuso il periodo antico del taglio cesareo già da parecchio tempo (1882), ed essendo stati pubblicati durante l' era nuova quasi tutti i casi che erano stati operati negli ultimi anni del periodo antico, si sarebbe oggi in grado di redigere una statistica completa dei casi di taglio cesareo appartenenti alla vecchia letteratura. Ma si dovrebbe fare un lavoro di collezione enorme, e l' utilità che se ne potrebbe ricavare sarebbe molto scarsa.

Io invece mi limiterò a dare qui in un quadro le varie statistiche nell'ordine di pubblicazione con cui si sono succedute, facendole seguire da qualche considerazione: ciò basterà a fornire gli elementi onde formarsi un concetto della mortalità dell'atto operativo durante il periodo preantisettico.

---

(1) Loco cit.

(2) « Lectures on the gravid uterus and on the diseases of Women and Children ». *The Lancet*, Vol. II, p. 167, London, 1827-8.

Autore	*Intervallo di tempo e località*	*N.° delle operaz.*	*Casi di morte*	*Per cento di mortal.*
Sprengel (1)	XVIII secolo	106	45	42,4
J. L. Baudelocque (2)		73	42	57,5
Hull (3)		231	92	39,8
Klein (4)		116	26	22,4
Merriman (5)		25	24	96,0
Burns (6)		24	22	91,6
G. A. Michaëlis (7)	fino al 1800	148	78	52,7
»	1800-1833	110	62	56,3
Velpeau (8)	1700-1835	265	147	55,4
Simonart (9)		720	424	58,8
Churchill (10)		80	57	71,2
Kayser (11)	1750-1839	341	214	62,6
De Billi (12)	Maternità di Milano 1824-1843	27	24	81,2
Radford (13)		18	15	83,3
Hubert (14)		1274	720	56,5

(1) « Kurze Uebersicht der Geschichte des Kaiserschnitts etc. (bis zu Anfang 1790) » In: *Pyl's Repert. f. d. öff. u. gericht. Arzneiwissenschaft* etc. Berlin 1791, p. 125 e 228.

(2) « Recherches et reflexions sur l'op. cés. » In: *Recueil periodique de la Soc. de Méd. de Paris*, Tom. V, An. VII de la Rep. (1798), p. 82.

(3) « A defence of. the cesarean operation etc. » Manchester 1799; « Observation etc. with a defence of the cesar. oper. » Ibid. 1799; « Two memoires of the cesar. oper. by M. Baudelocque sen. trasl. etc. » Manchester 1801, p. 233.

(4) *Loder's Journal f. Chir., Geburtsh. u. gerichtliche Arzneikunde*, Bd. II, Stck 4, p. 759-60, 1800.

(5) « A synopsis of the various kinds of difficult parturition » London 1814.

(6) « Principl. of midwifery etc » 1832, p. 509.

(7) Loco cit.

(8) Loco cit. p. 384.

(9) In: Testa, Loco cit., pag. 15.

(10) « Researches on operative Midwifery etc » Dublin 1841, p. 203 e seg.

(11) « De eventu sectionis caesareae », Havniae 1841.

(12) Loco cit., p. 318.

(13) *Provincial med.-chir., Journal* 1849.

(14) « Sur les avantages etc. » Bruxelles 1852.

Autore	*Intervallo di tempo e località*	*N.° delle operaz.*	*Casi di morte*	*Per cento di mortal.*
Chereau (1)	fino al 1852	47	40	85,3
Lehmann (2)	Amsterdam	19	17	89,4
Lovati (3)		7	6	85,7
Hasse (4)	1750-1856	478.	288	60,2
West (5)	fino al 1857	409	251	61,3
Murphy (6)	Gran Brettagna 1737-1858	57	56	
	America 1812-1851	12	4	66,3
	Continente europ.	409	251	
Thewalt (7) e Franqué (8)	Nassau 1821-59	22	17	77,1
Costantin (9)		135	55	40,7
Pihan-Dufeillay (10)	1845-58	88	38	42,4
Guéniot		156	104	66,6
» (11)	1800-70 Parigi	40	40	100,0
G. Testa (12)		3748	2128	56,7
G. Mayer (13)		1605	867	54,0

(1) *Union méd.*, 1852.

(2) *Nederl. Weekbl. v. Geneesk.*, Amsterdam 1853, p. 535-39.

(3) « Manuale del parto meccanico etc. » Milano 1854, p. 170.

(4) Loco cit.

(5) *Edinb. med. and surg. Journal*, 1852, p. 385-406.

(6) *Dublin quarterly Journal of Med.*, 1859.

(7) « Resultate der oper. Geburtshülfe im Herzogthum Nassau vom Jahre 1821 bis Ende 1842.» Aus. d. Sanitätsberichten etc. zusammengestellt. Aus d. *medic. Lehrbüchern für d. Herzogthum Nassau.* Fünftes Heft, Wiesbaden 1846.

(8) « Beiträge zur geburtsh. Statistik » (Aus d. *medic. Jahrbüchern* 22. Hft), Wiesbaden 1865.

(9) « Statistique de l'opér. césar. en France », Paris 1855.

(10) « Étude sur le statistique de l'opér. césar. » *Arch. gen. de méd.*, Paris 1861, Tom. II, p. 148 e 304.

(11) Loco cit.

(12) Loco cit., p. 15.

(13) Loco cit., p. 8-10.

Autore	*Intervallo di tempo e località*	*N.° delle operaz.*	*Casi di morte*	*Per cento di. mortal.*
Fries (1)	Württemberg 1798-1867	13	12	93,3
Dohrn (2)	Churhessen 1852-66	10	9	90,0
Naegele e Grenser (3)	Germania 1800-72	125	80	64,0
Debauge (4)	Charité di Lione 1841-76	25	24	96,0
R. Novi (5)	Napoli 1791-1875	27	25	92,7
Corradi (6)	Italia 1780-1875	159	106	66,6
Uhde (7)		22	20	
Harris (8)	1822-81	112	64	57,1
Guzzoni degli Ancarani (9)	Clinica Ostetr. di Pavia 1819-75	11	11	100,0
Charles (10)	Maternità di Liegi 1808-1870	32	27	84,3

(1) « Ueber den Erfolg der Kaiserschnitts in Württemberg ». Inaug. Diss. Tübingen 1868.

(2) « Die geburtsh. Oper. in Churhessen während der Jahre 1852-66». Aus den *Schriften der Gesellsch. zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaft in Marburg*, Bd. X, II. Abtheil., Cassel 1872.

(3) Loco cit., p. 383.

(4) Lyon méd., 1876, p. 32-35.

(5) Loco cit.

(6) Loco cit.

(7) « Beiträge zur Statistik des Kaiserschnittes ». *Deutsch. med. Woch.*, Berlin 1878, p. 388, 399, 411.

(8) « Special Statistic of the cesar. oper. in the United States showing the successes and failures in each state ». *The Amer. Journal of Obst.*, April 1881.

(9) « Il taglio cesareo » Riassunto di due conferenze. *Collezione ital. di letture sulla Medicina*, Milano 1887, p. 273 e seg.

(10) *Journal d'Accouchements*, 1889, N. 20-21.

Ho riportato le statistiche a partire dalla metà del secolo scorso in poi, perciocchè da questa epoca si cominciò ad apprezzare l'operazione in modo imparziale. Le statistiche anteriori di Rousset, Bauhin, Raynaud, Simon e di altri sono addirittura insufficienti come quelle che vennero raccolte senza discernimento: secondo giustamente fa osservare H. F. Naegele, i detti autori essendosi proposto di dimostrare che era lecito ricorrere all' operazione, ritenuta allora come assolutamente mortale dai più celebri ostetrici, raccolsero soltanto i casi felici.

Si noti che molte delle statistiche riportate quassù contengono casi già compresi in quelle che le precedettero ed anche osservazioni di gastrotomie per rottura d' utero, le quali non sono veri tagli cesarei. Esse mostrano una grande diversità nei risultati: da una mortalità altissima nelle statistiche di Guzzoni, Guéniot (Parigi), Merrinan, Debauge, Fries, Burns, Dohrn etc. si scende ad una mortalità relativamente molto bassa in quelle di Hull e di Klein. A quali di esse prestar fede? Evidentemente queste seconde non sono veritiere, perchè i loro autori tennero conto specialmente dei casi fortunati e talora anche di casi inventati, laddove le prime rispecchiano la verità. Fra esse, difatti, vi sono le statistiche di Fries, Thewalt-Franqué e Dohrn, le quali, come giustamente fece osservare P. Müller (1), meritano la massima fiducia, per la ragione che appartengono a paesi in cui per ordinamento speciale di istituzioni sanitarie nessun caso poteva sottrarsi alla conoscenza delle autorità competenti. Sommando le cifre relative ai suddetti paesi si hanno 45 casi con 38 morti = **mortalità del 84, 44 0|0.**

Le statistiche individuali non sono meno sfavorevoli. In fatti, ad eccezione di poche che possono dirsi brillanti, appartenenti a

Metz (2)	8	operazioni	8	guarigioni
Decoene (3)	6	„	5	„
Maslieurat-Lagémard (4)	6	„	6	„
Reiche (5)	3	„	3	„

(1) «De nova sectione caesarea commentatio», Berolini 1882, p. 15.
(2) Loco cit.
(3) *Gaz. des Hôpiteaux*, Paris 1852, p. 585.
(4) *Bull. gen. de Thérap.* etc. Paris 1855, pag. 220-24.
(5) Loco cit.

la maggioranza offrono risultati grandemente infelici. Ne riporto alcune:

J. L. Baudelocque (1)	4	operazioni	4	morti
A. Dubois	4	„	4	„
Desault e Pelletan	3	„	3	„
P. Dubois	17	„	17	„
Danyau	3	„	3	„
Depaul	4	„	4	„
Tarnier	3	„	3	„
Bouchacourt (2)	5	„	4	„
Bongioanni (3)	4	„	4	„
Massarenti	5	„	5	„
Lazzati	11	„	11	„
Van Huevel (4)	20	„	20	„

Molto favorevoli invece sono i risultati dell' operazione ripetuta sullo stesso soggetto. In vecchi scritti anteriori a questo secolo sono registrati casi di taglio cesareo ripetuto da 3-8 volte felicemente sullo stesso individuo. Ma se non si vuole tener conto di queste osservazioni, perchè non ispirano molta fiducia, si deve prestar fede ai casi simili verificatisi posteriormente, e ve ne sono parecchi in cui l'operazione fu fatta 2-3 volte con risultato felice. Casi di operazione ripetuta 4 volte con esito favorevole appartengono a G. A. Michaëlis (Frau Adametz) (5), ad Oettler di Greiz (Louise Fischer) (6) ed a Birnbaum (Frau Rittgen) (7). Su

(1) Per questi casi, come per quelli che seguono di A. Dubois, Desault e Pelletan, P. Dubois, Danyau, Tarnier, cfr. Guéniot, loco cit.

(2) *Gaz. méd. de Lyon*, 1860.

(3) Per questi e pei casi di Massarenti e Lazzati cfr. Corradi, loco cit.

(4) In: Horwitz «Lehre von der künst. Entbindung», 1881. p. 79.

(5) «Vierter Kaiserschnitt der Frau Adametz mit glücklichem Erfolge für Multer und Kind» *Neue Zeitschr. für Geburtsk.*, Bd. V. 1837.

(6) «Kaiserschnitt vier Mal an derselben Person ausgeführt» *Monatsschr. für Geburtsk. und Frauenkrankh.* Berlin, 1869, p. 441-57.

(7) «Fünfter Kaiserschnitt bei einer Person mit Bemerkungen über Schaltwirbelbecken» *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXV, Heft 3, 1884— Come si rileva da questa citazione, la donna fu operata per la 5ª volta, anche da Birnbaum, il 31. III. 1884, ma morì in 4ª giornata repentinamente in seguito ad embolismo delle arterie pulmonari.

17 casi registrati nella sua statistica KAYSER trovava una mortalità appena del 29 0|0. La statistica di LUNGREN (1), compilata sui dati di CHURCHILL, STOLTZ (2), HARRIS e proprii, su 19 operazioni compiute sopra 48 donne novera 8 morti materne, cioè una mortalità del 6, 7 0|0. L' analoga statistica più accurata di ROSENBERG (3) abbracciante soli 27 casi appartenenti del pari alla vecchia letteratura (21 operati per la 2ª volta, 3 per la 3ª, 2 per la 4ª ed 1 per la 5ª) su di un totale di 64 operazioni segna 10 morti delle madri, cioè una mortalità del 15 0|0.

Pure facendo le debite riserve su queste statistiche, non si può revocare in dubbio che il taglio cesareo ripetuto sullo stesso individuo abbia dato dei risultati abbastanza favorevoli in contrapposto dei grandemente sfavorevoli relativi ai casi di operazione unica. La ragione di questo successo si volle trovare da parecchi in ciò, che a causa delle aderenze utero-addominali che sogliono tener dietro alla prima operazione il taglio delle pareti ventrali cade proprio su di esse senza aprire la cavità dell' addome, per cui il pericolo, specialmente della peritonite, è minore.

Le operazioni fatte nelle grandi città e negli ospedali avrebbero dato un contingente molto più grande di morti che non quelle praticate in campagna; donde la proposta di GUISARD (4) d' inviare a tempo opportuno le operande della città in provincia od in qualche casa di salute fuori l' abitato. KAYSER per i casi operati nelle maternità dà una mortalità del 79 p. 0|0, laddove quella generale da lui assegnata è del 63 p. 0|0; anche MICHAËLIS nota pei suddetti casi una mortalità maggiore. A Londra, a

---

(1) « A case of caesarean section twice performed on the same patient with remarks of the time, indication and details of the Operation » *Amer. journ. of Obst.* etc. January 1881.

(2) « Relation d' une opér. césar. pratiquée pour la seconde fois, et avec succès, sur la même femme, suivie de quelques recherches sur des cas analogues, etc. » *Gaz. méd. de Paris*, 1855, No. 24 e 25.

(3) « Repeated caesarean section, with a report of three new cases » *Amer. journ of Obst.* etc. October 1891.

(4) « Mémoire sur trois opér. de céphalotomie, dont deux sur des enfant vivant et sur trois opér. césar. abdominales ». *Union méd.*, Paris 1849, p. 271.

Parigi, a Lione, a Vienna, a Napoli, a New-York tutte o quasi tutte le operate soccomberono. Invece in piccoli villaggi, in campagna, si sarebbero avuti dei risultati soddisfacenti: per es. nella Creuse dal 1843-1852 il taglio cesareo sarebbe stato fatto 6 volte e sempre con felice riuscita (1). R. Harris ha cercato di dimostrare con le sue statistiche questa differenza di risultati: difatti nelle grandi città degli Stati Uniti di America la mortalità avrebbe raggiunta una percentuale superiore quasi del doppio a quella avutasi nelle campagne. Per contrario le statistiche di Thewald-Franqué, Fries, Dohrn non mostrano alcuna differenza nei risultati dell' operazione fatta nelle grandi città e nelle campagne: essi furono parimenti cattivi dovunque.

Della differenza tra i risultati relativi agli ospizii e quelli della pratica privata Kayser e Michaëlis davano spiegazioni diverse, ma entrambi erano di accordo nell'escludere dall'effetto l'influsso nocivo nosocomiale; Corradi neppure vi annetteva molto valore, laddove parecchi altri diedero una grande importanza all'influenza nosocomiale, ed in generale alle cattive condizioni igieniche delle grandi città. P. Dubois rilevava non passare un anno senza che l' Accademia di Medicina di Parigi non ricevesse qualche osservazione di operazione cesarea praticata con successo per la madre e pel figlio da medici esercenti in piccoli paesi od in campagna (2); Morisani, fondandosi su di una statistica da lui raccolta dei casi occorsi in Francia nel secolo scorso e nel presente, notava una grande sproporzione tra le cifre delle riuscite e degli insuccessi delle operazioni praticate nelle grandi città e nelle provincie, ed arrivava del pari alla conclusione che l'esito non è così funesto nei villaggi e nelle campagne come nelle grandi città (3). Ma Dubois teneva conto altresì della natura degli individui operati: secondo questo A., la popolazione che viene agli ospedali porta con sè i germi di accidenti che si vedono dichiararsi più raramente nelle persone della classe agiata o in quelle che abitano la campagna da lungo tempo.

Nelle operazioni intraprese per tempo i risultati furono non

---

(1) *Memoires de l'Académie de Méd.*, Tom. XV.
(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1855, Nr. 15.
(3) Loco cit., p. 163-4.

tanto sfavorevoli, come rilevasi dalle statistiche. PIHAN-DUFEILLAY dava queste cifre:

Al di sotto di 12 ore il numero delle guarigioni è di 44 °/₀

da 12-24	„	„	24 °/₀
da 24-48	„	„	20 °/₀
al di là di 48	„	„	7 °/₀

R. HARRIS giungeva alle seguenti conclusioni sui dati relativi agli Stati Uniti:

1.ª Un'operazione fatta di buon ora *(early operation)* salva circa 3 donne su 4 (75 p. 100);

2.ª Un'operazione discretamente ritardata non salva più di 1 donna su 3 (33 p. 100);

3.ª Un'operazione francamente tardiva, cioè praticata da 2-15 ore e più dopo l'inizio del soprapparto, salva 1 su 3, 4, 5 donne secondo le circostanze (33, 25, 20 p. 100).

Il numero delle morti fu anche minore nei casi in cui non si ricorse a tentativi di liberazione per le vie naturali (rivolgimento, applicazione del forcipe, embriotomia). Ciò venne messo in sodo dalle statistiche di HASSE, CORRADI, etc. HASSE attribuiva la poca fortuna dei francesi e degli inglesi nella sezione cesarea ai tentativi che fanno per liberare in altro modo la partoriente, poichè in quest'operazione *parum fidunt atque eam instituere nimis verentur.*

La morte raramente si verificò nel corso dell'operazione, e dipese dall'emorragia. Nei quadri del CORRADI l'emorragia primaria figura tra le operazioni seguite da morte nella proporzione del 51 °/₀. L'esito letale per lo più ebbe luogo, come fece osservare NAEGELE, dal 3° al 5° giorno, e come causa precipua si trova registrata la metro-peritonite.

Alle autopsie delle operate morte in questo periodo i margini della ferita uterina furono trovati spessissimo beanti (1), e nei casi di sutura insufficiente sciolti per l'ordinario i nodi dei fili di sutura, e questi aderenti o in un lato o in un altro dei margini della incisione.

---

(1) Cfr. in proposito la casuistica di E. MARTIN e di ZWEIFEL.

Come causa di morte nei primi giorni dopo l'operazione si ebbe a notare in ordine di frequenza la commozione nervosa e l'emorragia. Ciò rilevasi dalle statistiche di KAYSER, WEST, CORRADI e di altri.

A dire di BLANC (1) le statistiche per rapporto all'emorragia consecutiva danno una percentuale del 9 al 14 °/₀. Secondo HARRIS (2) la morte per emorragia non raramente fu dovuta anche all'uso degli anestesici adoperati per ottenere la narcosi; prima della loro scoverta i risultati dell' operazione cesarea sarebbero stati migliori, perchè non si avevano a temere gli effetti dell'anestesia (inerzia uterina e vomiti).

Giusta i calcoli di MICHAËLIS, sarebbe morta al massimo 1 operata su 9 allorquando trascorse soltanto una settimana dall'atto operativo. Talvolta la morte seguì molto più tardi, per es: nella 6-7 settimana a causa di esaurimento prodotto da suppurazione lungamente durata.

Da alcuni si volle trovare la ragione degli insuccessi nella adozione di certe pratiche operatorie invece di certe altre: per es: il TESTA riguardava come precipua causa di morte delle operate l'apertura dell' utero nella sua parte superiore, laddove al taglio così fatto fu attribuito da altri l'esito felice. Gli operatori non seppero darsi spiegazione dei risultati infausti che per lo più si avevano e che erano dovuti ordinariamente all' infezione settica; s' industriarono di apportare in vario senso delle modifiche al manuale operatorio; ma siccome tutte queste varianti e voluti perfezionamenti avevano un difetto comune, come ben fece riflettere Berlin (3), cioè la *setticità operatoria*, così rimasero sterili, e si potè affermare che fino al 1876 tutto restava a fare, come al primo giorno, in fatto di operazione cesarea.

In quanto al puerperio è a notare che esso rare volte decorse regolarmente; nel maggior numero dei casi fu più o meno

---

(1) « De l'Op. césar. Méthodes opér. et indications » *Arch. de Tocologie*, Janvier 1890, p. 18.

(2) « A study and analysis of hundred Caesarean oper. performed in the United States during the present century, and prior to the year 1878 » *Amer. journ. of. med. sc.*, Philadelphia 1879.

(3) Loco cit.

ed in vario modo perturbato (febbre, brividi, lochiazione fetida, sintomi peritonitici etc.). La ferita uterina rarissimamente guarì in tutta la sua lunghezza ed a tutto spessore, come a cagion di es. nel caso di FULDA (1); talvolta invece residuò una cicatrice callosa in tutta la lunghezza della ferita, ma che non occupava l'intera spessezza della medesima; tal' altra l'utero si cicatrizzò su tutta l'estensione del taglio, però la cicatrice riuscì di un'estrema sottigliezza, sporgente a mo' di ernia, e sprovvista di fibre muscolari (2). Nel caso di ENGELTRUM (3) la cicatrice si trovò costituita esclusivamente dal peritoneo; in quella di VELTEN (4) da tessuto connettivale ricoperto alla superficie esterna dalla sierosa peritoneale e all' interno dall' epitelio della mucosa. A WASSEIGE in un caso occorse di perforare la parete uterina con la sonda, introdotta sebbene cautamente nell' utero per provocare il parto prematuro artificiale (5). Sono poi registrati parecchi casi di guarigione molto lenta della ferita dell' utero abbandonata a sè medesima, nei quali questa era in preda ad un lavorio di granulazione nella 3ª e financo nella 6ª settimana, senza che ciò si potesse attribuire a cattiva involuzione della matrice. Infine in molti casi la ferita uterina non cicatrizzò nè in tutta la lunghezza nè a tutto spessore, ma o soltanto qua e là irregolarmente residuando delle comunicazioni anormali tra la cavità uterina e l'addominale, o fra la prima e l'esterno attraverso la parete ventrale (fistole utero-parietali), ovvero la ferita rimase completamente beante. Questo evento si verificò per es: nel caso molto interessante comunicato da LANGE (6), nel quale, come dimostrò l' autopsia fatta quasi due anni dopo il taglio cesareo, la chiusura della ferita

---

(1) Fulda u. Walter «Geschichte zweier Kaiserschnitte» Denkschr. der Offenbacher Ver. für Naturkunde z. Säcularf. d. Senckenberg. Stiftg. in Frankf. a M. 1863.

(2) In: Kaufmann, Inaug. Diss. Bonn 1851.

(3) *Gemeins Zeitschr. für Geburtskunde*, Bd. IV. S. 138.

(4) In: Fr. J. C. Meyer «Icones select. praeparat. musei anat. Bonnens» 1831.

(5) Loco cit.

(6) *Prag. Vierteljahr.* Bd. XII, p. 126 e seg.; e «Lehrbuch der Geburtsh», 1868, p. 562.

non si ebbe per riunione immediata dei suoi margini, ma mediatamente, specie per mezzo di essudato plastico formato dal peritoneo uterino infiammato, e subordinatamente per mezzo della cicatrice delle pareti addominali aderita nel sito della ferita cesarea (1).

Rarissimamente dopo la guarigione della ferita uterina l'utero rimase completamente libero e mobile; quasi sempre invece si stabilirono aderenze più o meno tenaci tra l'utero e la parete addominale per lo più nell'ambito delle rispettive cicatrici, ovvero si formarono aderenze dell'utero con gli organi vicini, come l'intestino, l'omento, la vescica.

La ferita delle pareti addominali anche nei casi felici guarì per seconda intenzione, spesso dopo copiosa suppurazione, formazione di ascesso e di fistole, e la cicatrice che si ebbe fu generalmente sottile. La cattiva cicatrizzazione della ferita addominale influì anche sulla guarigione della ferita uterina. Non si ebbe l'adesione del peritoneo parietale, perchè non compreso nella sutura quando questa venne adoperata. Ciò venne messo in evidenza, dal caso di Busch (2), il quale all' 8° giorno dopo l' operazione trovò la ferita cicatrizzata esternamente, ma largamente beante allo interno, essendosi il peritoneo retratto per l' estensione di due pollici.

Esito prossimo per i feti. — Le principali statistiche che si posseggono sono le seguenti:

---

(1) Per tutte le suddette modalità di guarigione della ferita uterina si riscontri: Ed. Martin. « Ueber die Heilung d. Wunde nach dem Kaiserschnitte, nebst Beschreibung einer Narbe nach einem vor mehreren Jahren überstandenen Kaiserschnitte » *Monatsschr. f. Geburtsk.* Bd XXIV.; e Sänger « Der Kaiserschnitt etc. » p. 141 e seg.

(2) *Neue Zeitschr. für Geburtsk.* Bd. XXIII, p. 207.

Autore	*Numero delle operazioni*	*Feti morti*	*Percento di mortalità*
Michaëlis.	96	29	30,2
Kayser	281	86	30,6
Burns	33	21	66,6
Hoebeke (1)	11	2	18,0
Churchill	266	83	31,0
De Billi	15	2	13,3
West	409	163	39,8
Chereau	47	27	57,4
Constantin	37	20	54,0
Murphy	417	140	33,3
Pihan-Dufeillay	85	20	23,4
Scanzoni	81	28	40,0
Dohrn	10	5	50,0
Testa	1711	584	34,1
Novi	27	—	0,0
Corradi	159	25	15,7

Quasi tutte queste statistiche non meritano di essere prese in considerazione, perchè racchiudono casi, non sempre autentici, già contemplati in altre, e non sono confortate dai dati necessarii per darsi conto delle condizioni del feto prima e durante l' operazione in ogni singolo caso.

Di tutte la più favorevole è la statistica napoletana appartenente al Novi, la quale dava il 0 °[o] di mortalità, ovvero il 3.7 °[o] se si calcola come morto il feto del caso di Ferrara nato vivo, ma morto dopo 24 ore. Mayer trovava la ragione di questo fatto in ciò che presso di noi, riconosciuta la necessità del taglio cesareo ed accertata la vita del feto, si ricorse all' atto operativo senza indugi, senza cioè attendersi l' impossibile dalla natura e senza fare inutili e dannosi tentativi di estrazione del feto per le vie naturali. Quando difatti si operò a feto vivo e a borsa integra o subito dopo la rottura delle membrane, ed il taglio cesareo fu condotto a termine senza sinistri incidenti, e l'estrazione

(1) « Memoir. et observ. prat. de chir. et d'obst. » Bruxelles 1840.

del feto venne compiuta senza ritardo, i feti furono estratti sempre viventi. Questo avviso con pieno convincimento espressero Velpeau, Ozanam (1), Mayer, Jacolucci. Quanto più lunga fu la durata del travaglio e quanto più tardi si operò dopo la rottura del sacco amniotico, tanto minore fu il numero dei feti salvati. Secondo i calcoli di Kayser, la mortalità sarebbe stata del 28 °|₀ pei casi operati nelle prime 24 ore, del 32 °|₀ per quelli operati tra le 24 e le 72 ore, e del 60 °|₀ per gli altri in cui l'operazione fu fatta dopo la 72ª ora. Giusta i dati dello stesso A., la mortalità sarebbe stata del 14 °|₀ allorchè si operò nell' atto della rottura della borsa amniotica; del 22 °|₀ nelle 24 ore successive alla rottura; del 49 °|₀ dopo le 24 ore. A dire di Cazeaux (2), il numero dei feti morti sarebbe stato dell' 8 °|₀ avanti la rottura delle membrane, del 22 °|₀ quando s'intervenne da 7 a 24 ore dopo la rottura, e del 49 °|₀ dopo le 24 ore. Infine a parità di condizione venne estratto un numero minore dei feti vivi quando furono fatti tentativi di liberazione per le vie naturali.

Esiti remoti dell' operazione per le madri. — Spetta a G. A. Michaëlis il merito di aver richiamata seriamente l' attenzione sulla sorte postuma delle donne operate una o più volte di taglio cesareo (3). Prima di lui soltanto Merrem (4) aveva raccolto alcune osservazioni in proposito.

L'*ernia addominale* fu osservata più frequentemente nell'epoca in cui non si adoperava la sutura cruenta e non si faceva uso dopo di fascia adatta. Mentre nella storia della Chirurgia di Sprengel (5) si trovano ricordati 5 casi di ernie su 36, nella casistica di Michaëlis soltanto 3 su 48.

In una seconda gravidanza si ebbe spesso una notevole *distensione della cicatrice addominale*, come venne notato special-

---

(1) « De la legitimité de l' opér. cés. et des conditions de succès » *Gazette des Hôpiteaux*, 1862, p 94.

(2) « Traité théorique et pratique de l' art des accouchements. » Paris 1856 (5.ª edizione).

(3) Loco cit., p. 195 e seg.

(4) « Ueber zwei — oder mehrmal bei derselben Frau glücklich verrichtete Kaiserschnitt-Operation » *Gemeinsame deutsch. Zeitschr. für Geburtsk.* 1828, Bd III, p. 334.

(5) « Geschichte der Chirurgie » Bd. I, p. 388, 1805.

mente da MICHAËLIS nel caso della nominata Adametz, ed in parecchi casi addirittura uno *sventramento con ernia dell'utero*, abbastanza pronunziato, conseguenza dello stato suddetto della cicatrice addominale.

In alcuni casi si verificò la *rottura della cicatrice addominale*, trascorso un certo tempo dalla guarigione, e ciò accadde in seguito allo spontaneo separarsi dell' utero dalle pareti addominali alle quali aderiva, come per es. nel caso di SCHENCK (1), in cui dall' apertura venne fuori la vescica.

Aderenze addomino-vescicali anche occorsero in qualche caso, dando luogo a tenesmo intenso.

Aderenze addomino-intestinali si osservarono in alcuni casi, come pure si notò lo strozzamento di un' ansa intestinale nella ferita ventrale con successiva formazione di ano contro natura (casi di GOODMANN, BRADAMORE etc). Questo secondo accidente si verificò soprattutto alla fine del secolo XVIII, quando non si faceva più la gastrorafia credendosi pericolosa la sutura.

Le *aderenze utero-addominali* furono molto frequentemente notate, sia sotto forma di cordoni isolati, sia di membrane fibrose o di masse dense, elastiche e come cartilaginee. MICHAËLIS alla 4ª operazione fatta sulla donna sopra citata trovò delle aderenze estesissime, dello spessore di più d'un pollice; ED. MARTIN e GUÉNIOT anche citarono casi di larghe aderenze. MERREM considerò a torto queste aderenze così sfavorevoli, per cui niuna novella gravidanza potesse terminare felicemente. A causa di esse, secondo HARRIS (2), le operate non raramente sarebbero andate incontro a pericoli, quali l'emorragia post-partum, la lacerazione delle aderenze medesime, l'ileus. Le aderenze talvolta si ruppero durante un'ulteriore gestazione, ma è poco probabile che si lacerassero bruscamente. La loro lacerazione nello stato di vacuità dell'organo dopo un tempo più o meno lungo dall'epoca dell'operazione accadde in qualche caso bruscamente a seguito di forte tosse o meteorismo; in altri casi lentamente in seguito alla loro graduale distensione ed assottigliamento, come venne notato da SCHENCK, da

(1) *Siebold's Journal*. Bd. V, S. 783, Bd. VI. p. 377.
(2) *Amer. journ of Obst.* etc. vol. XIII, 1880.

Kilian, e da altri. A. Tillmanns (1) ammise che questo fatto si verificasse nella maggioranza dei casi. I più ritennero come propizia l'esistenza di queste aderenze in caso di ripetizione del taglio cesareo, ed attribuirono a questa circostanza, come ho detto, il pronostico di gran lunga più favorevole delle operazioni ripetute. — Nei casi di *fistola parieto-uterina (fistula penetrans uteri)* fu osservato un gemizio sanguigno dal seno fistoloso durante la mestruazione (osservazioni di De La Motte, Schenck, etc.).

Aderenze dell' utero con l' omento si riscontrarono talvolta: questo aderiva soltanto nell' ambito della ferita uterina, ovvero era aderente nello spazio fra l'utero e le pareti addominali, in modo da formare, secondo fece riflettere Saenger, come una barriera contro l'insinuarsi dell'intestino. Ad imitazione dell'anzidetto reperto Zweifel raccomandò la soprapposizione dell' omento sopra la ferita dell'utero per appartare questa dalla cavità addominale (2), laddove Frank ritenne erronea una tale proposta potendo rimanere dei tratti della ferita in cui l'omento non aderisce e potendo esso restar strozzato nella soluzione di continuità.

Aderenze utero-vescicali vennero riscontrate nel caso di Klein (citato da Ed. Martin), in quello di Stoltz (3) ed in altri.

Infine, *aderenze utero-intestinali* si avverarono in alcuni casi: l'intestino fissato dalle pseudomembrane s'imfiammò ed in seguito si perforò; se in queste condizioni sopravvenne la guarigione, residuarono soventi fistole stercoracee. Nella donna del caso di Breslau (4), morta 10 giorni dopo l'operazione, fu trovato che la ferita uterina, ancora molto larga, conteneva una ansa del tenue la quale era aderente a tutto il contorno della incisione, così che, se la guarigione fosse avvenuta, in seguito alla costrizione e mortificazione dell'intestino si sarebbe formato un ano contro natura aperto o nell'utero, o nell'utero e nell'addome.

(1) « De lethalitate sectionis caesareae » Diss. inaug., Bonnae, 1833.

(2) *Verh. d. Vers. deutsch. Gynäkol. in München*, 1877. Disc. zu Vortrag XVIII: Bandl « Ueber Sectio caesarea etc. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XII, p. 351.

(3) In: V. Meyer, « Observation sur un cas d'op. cés. pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant par M. le Prof. Stoltz » These de Sbrasbourg, 1847.

(4) Loco cit.

La *capacità a concepire* delle donne operate una volta di parto cesareo non sembrò a Michaëlis diminuita notevolmente. Secondo i dati raccolti da questo A., su 40 donne 15 sarebbero ridivenute incinte; ma parecchie altre poterono evitare ad arte una novella gravidanza; di altre, in cui questa sortì un esito infelice, non si ebbero ulteriori notizie; e finalmente alcune delle operate si trovavano in un' età da potere ancora riuscir gravide. Come venne accennato innanzi, moltissime donne furono operate due volte, parecchie tre, ed alcune altre 4. Però non è dato di assegnar qui una precentuale, perchè non si hanno al riguardo statistiche sufficienti.

Nelle donne ridivenute incinte occorse di osservare la *rottura dell'utero* durante la gravidanza o nel travaglio del parto.

Sembra che Merrem (1) sia stato il primo a richiamare l'attenzione su questo accidente. Egli addusse a sostegno della sua asserzione parecchi esempii di casi simiglianti, attribuendo una grande importanza nella genesi della rottura alle aderenze dell'utero con le pareti addominali; e dallo studio di questi casi trasse la conclusione che bisognava fare il taglio dell'utero sempre nell'antica cicatrice, per non far perdere ad una gran parte dell' organo la potenza di distendersi nelle gravidanze successive.

Posteriormente Michaëlis si occupava della quistione citando 6 casi di rottura su 13 donne divenute nuovamente incinte (2) ma si pronunziava contrariamente al precetto di Merrem, trovandolo troppo assoluto. In appoggio del suo modo di vedere ricordava alcuni casi felici, fra cui quello della Frau Adametz, nei quali ad onta che si fosse inciso l'utero ogni volta in un sito differente, l'organo conservò la capacità a distendersi senza rottura. L'A. accettava il consiglio di Merrem soltanto pei casi di grande rigidità della cicatrice uterina, laddove per quelli, in cui la cicatrice della prima operazione si fosse mostrata molto cedevole (il che farebbe argomentare con grande probabilità che anche in tale modo si comporterebbe quella dell'operazione successiva) commendava di non seguirlo, essendovi il pericolo che la

---

(1) Loco cit.

(2) Da queste 13 osservazioni bisogna escluderne una nella quale si ebbe gravidanza extrauterina.

ferita non aderisse, appunto per la coincidenza del taglio con la cicatrice.

Kayser nella sua raccolta registrava egualmente 6 casi di rottura uterina durante la gravidanza; tutte le pazienti furono sottoposte alla gastrotomia, ma solo 3 se ne salvarono, laddove tutti i feti soccombettero. Secondo il citato A. la rottura dovette avvenire in molti altri casi rimasti sconosciuti, poichè non tutte le donne, nelle quali si verificò questo accidente, chiamarono in aiuto ostetrici periti, nè i medici chiamati in aiuto riconobbero sempre la rottura dell'utero, nè quelli che la riconobbero resero di pubblica ragione i casi osservati.

Infine in questi ultimi anni sono tornati sull'argomento della rottura dell'utero dopo il taglio cesareo P. Müller (1), per fare di questa un appunto all'operazione cesarea conservatrice e quindi propugnare l'operazione Porro; Saenger (2), ma specialmente Krukenberg (3), il quale si dava la pena di raccogliere con grande diligenza tutti i casi del genere sparsi nella vecchia letteratura allo scopo di indagare le cause del suddetto accidente, di studiarlo dal lato anatomo-patologico, e di assegnarne approssimativamente la frequenza.

Nella statistica di Krukenberg sono compresi 27 casi divisi nei seguenti gruppi: a) 13 casi nei quali la cicatrice cesarea nella gravidanza o nel soprapparto successivo si ruppe, e si ebbe la uscita completa od incompleta del feto dall'utero; b) 5 casi nei quali la cicatrice, grazie alla sua maggiore resistenza, non si ruppe completamente, ma soltanto in parte, ed il feto rimase nell'utero; c) 3 casi in cui la rottura ebbe luogo in un altro sito, a quanto pare nel segmento inferiore; d) 1 caso di rottura di un diverticolo formatosi nella gravidanza successiva tra le cicatrici uterine e le pareti addominali ad esse aderenti; e) 3 casi in cui rimane in dubbio dove avvenne la rottura; f) 2 casi nei

---

(1) Loco cit.

(2) « Der Kaiserschnitt etc. p. 142 e seg. »

(3) « Beiträge zur Kaiserschnittfrage. Ueber das Verhalten alter Kaiserschnittnarben bei nachfolgender Schwangerschaft. » *Arch. für Gynäk.*, Bd. XXVIII, Hft 3, 1886.

quali verosimilmente si verificò la gravidanza extrauterina in seguito al taglio cesareo.

Io ho cercato di completare questa statistica. I casi di rottura della cicatrice, senza formazione di diverticolo, raccolti da KRUKENBERG (1° e 2° gruppo) sono 18: LE MAISTRE (1), SOMMER (2), LOCHER (3), N. MEYER (4), PRAEL (5), MASCART (6), VAN CAUWENBERGHE (7), KILIAN (8), DECOENE (9), AUBERTIN (10), L. WINCKEL (11), L. E F. WINCKEL (12), E. MARTIN (13), WILLIGK (14), SENTI (15), più tre altri ricordati da R. Harris (16). Poichè questi 3 casi, ai quali KRUKENBERG accenna appena, sono in parte ancora inediti, non sarà inutile darne qui le notizie, trascrivendole da una comunicazione epistolare inviatami da Harris.

1.° *Caso.* — III para, di 23 anni. Nel 1° parto craniotomia, nel 2° applicazione del forcipe. Presentazione di spalla con procidenza dell'arto superiore. Decapitazione. Impossibilità di estrarre la testa. Tentativo di craniotomia. Leggiera rottura dell'utero. Operazione cesarea fatta R. ESTEP. (Columbiana County, Ohio) agli 11. I. 1833

---

(1) *Journal génér, de Méd.* etc. *par Sedillot*, 1812, tom. 44.

(2) *Russische Sammlung für Naturwissenschaft und Heilkunst von Chrichton, Rehmann und Burdach.* Riga—Leipzig, 1816, Bd. I, p. 529.

(3) *Medico Chirurgical Transactions, London*, vol. IX, p. 11, 1818; vol. XI, p. 182. 1821.

(4) *Siebold's Journal*, Bd III. p. 227.

(5) *Hannoversche Annalen für die gesammte Heilkunde von Holscher*, 1843, Neve Folge, Bd. III, p. 701.

(6) *Annal. de Thérap. méd. et chir.* 5 Août 1844.

(7) *Annal. de la Soc. de Méd. de Gand.* 1844, Bd. XIV, p. 62.

(8) A. WEBER «De sectione caesarea». Diss. inaug., Bonn 1850; L. KAUFMANN «De sectione caesarea» Diss. inaug. Bonn. 1851.

(9) *Gazette des Hôpitaux*, Paris 1852, p. 221 e 585.

(10) Citato da MEISSNER, *Monatsschr. für Geburtsk.* Bd. XI, p. 383.

(11) *Monatsschr. für. Geburtsk.* 1863, Bd, XXII, p. 243.

(12) *Monatsschr. für Geburtsk.* Bd. XVII, p. 29; Bd. XXIII, p. 321.

(13) *Monatsschr. für Geburtsk.*, Bd. XXIV, p. 102.

(14) *Prager Vierteljahrsschr. für die praktische Heilkunde*, 1873. Bd. 118-119, p. 86.

(15) *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1875, p. 477.

(16) *The amer. journ. of Obst., April 1881.*

per estrarre la testa. Guarigione in 12 giorni (1). Nel 4° soprapparto presentazione di spalla con procidenza dell'arto corrispondente. Taglio cesareo *in extremis* fatto dello stesso Oper. e nella stessa località. C. v. 3 1[2 pollici calcolata erroneamente per 2. Feto morto. Guarigione della madre (2). Nel 1838 la donna si sgravava spontaneamente di due gemelli vivi.

Nel 1841, nel 6° travaglio di parto si verificò la rottura dell' utero nella sede della cicatrice. Celiotomia. Feto morto passato quasi interamente nel cavo addominale. Morte della operata in capo a 36 ore. (3)

2.° *Caso.* — I para, di anni 22 (nera), con bacino angusto. Tre giorni di travaglio. Esaurimento. Operazione cesarea praticata da Vincent Boagui (Opelousas, Louisiana) il 30. I. 1850. Feto morto. Guarigione in tre settimane.

Il 30. VII. 1851, dopo parecchie ore di travaglio, rottura dell'utero nella cicatrice. Celiotomia fatta anche da Boagui. Feto morto. Guarigione in un mese.

Nel 3. V. 1853 3° travaglio di parto e 2ª rottura. Morte per emorragia interna. Placenta inserita nel sito della cicatrice.

3.° *Caso.* — I para, di anni 21. Presentazione di spalla con procidenza dell'arto corrispondente. Bacino angusto. C. v. 3 poll. Diam. trasv. 3 poll. Richiesta della partoriente di essere operata di taglio cesareo, messa in dubbio da Bizzell. Operazione fatta da Mallet e M. Swain (Fayetteville, N. Carolina) nel Marzo 1852. Feto vivo. Madre salva.

In capo a 3 anni dall'epoca dell'operazione secondo soprapparto. Rottura dell' utero nella cicatrice. Celiotomia 3 mesi e 6 giorni dopo l' avvenuta rottura; operatore Bizzel. Feto morto. Madre salva (Comunic. del Dr. H. A. Bizzell ad Harris).

A questi 18 casi vanno aggiunti ancora i seguenti:

Caso di Bergmann (4) citato da Kehrer (5). Rottura durante la gravidanza. Feto morto. Madre salva.

Caso di Thuessink (6) citato anche da Kehrer (Ibid.). Durante la

(1) *Western Journal of med. and phys. Science*, Vol. IV. 1837, p. 13.

(2) Loco cit., p. 29.

(3) Bowen, *Amer. journ. of the med. Sciences.* Oct. 1843, p. 364.

(4) *Neue Vers. u. Bem. a. d. Arzneikunst u. übrigen Gelehrsamk. einer Ges. zu Edinb. A. d. E. Altenburg*, 1757.

(5) « Lehrbuch der oper. Geburtsh. » Stuttgart, 1881, p. 265.

(6) « Vrolick's Handboek » citato dalle *Verandelingen van het Koniglich nederlandsche Institut.* È molto probabile che questo caso, di cui nel trattato citato sono riportate sì scarse notizie, appartenga a Thuessink.

gravidanza successiva a taglio cesareo, nel 7° mese, rottura spontanea della cicatrice e parto d' un feto vivo.

Caso di Thomas H. Russell. I para, di anni 16 (nera). Bacino angusto. C. v. 1 1[2 poll. In travaglio da 62 1[2 ore. Taglio cesareo fatto da T. Beers Townsend (New-Haven, Connecticut) il 15. XI. 1867. Sutura dell' utero con sottile filo di canape. (Non è notato il numero dei punti, nè il modo di applicazione). Feto vivo.

Ai 18. I. 1883 novello soprapparto. Rottura dell' utero nella cicatrice. Celiotomia fatta da T. H. Russell. Feto morto. Morte della operata in capo a 60 ore. (Comunic. del Prof. Hubbard ad Harris).

Nei 21 casi menzionati la sezione cesarea, eseguita per lo più una sola volta, fu praticata sempre secondo l'asse longitudinale dell'utero e non venne riunita con sutura meno nel caso operato da Beers Townsend (1). In pochi casi la rottura ebbe luogo già durante la gravidanza e senza eccezione nella seconda metà, laddove nella maggioranza si verificò durante il travaglio del parto. Nel caso di L. Winckel la rottura si ripetette nella successiva gravidanza, in quello di Boagui nel soprapparto. Delle madri, se ne salvarono 7, e 12 soccombettero. (Pel caso di Aubertin e di Thuessink l'esito è ignoto).

In parecchi casi è notata l'esistenza di aderenze dell'utero con le pareti addominali, la di cui cicatrice in seguito alla rottura uterina si lacerò durante la gravidanza nei casi di Prael, Mascart, Van Cauwenberghe. Nel caso di L. e F. Winckel venne constatato avanti l'inizio della novella gravidanza che l' utero non era aderente alle pareti addominali.

I margini della breccia uterina spesso furono trovati callosi, più o meno assottigliati e poveri di vasi. Secondo Krukenberg, per l' ordinario si ebbe a fare con un coalito della ferita forse incompleto fin dal principio, fatto esclusivamente da tessuto cicatriziale. Per spiegarsi poi perchè in alcuni casi la rottura uterina non fu completa, il citato A. ammetteva una tessitura più compatta della cicatrice senza però essere in grado di addurne le pruove.

(1) Quasi certamente il processo di sintesi adoperato in questo caso fu insufficiente pel numero dei punti e pel modo di applicazione, come negli altri appartenenti alla vecchia letteratura, nei quali si ricorse alla sutura.

Ai 3 casi riportati da KRUKENBERG di rottura dell'utero non nella cicatrice, ma in un altro sito, e che appartengono a LORINSER (1) HASBACH (2) KILIAN (3), si deve aggiungere quello del CAIFASSI.

I para, di anni 36, rachitica. Taglio cesareo fatto dai D.ri ROMEI e CAIFASSI il 7. VIII. 1848. Feto vivo. Madre guarita al 23.° giorno (4).

Nella notte del 25 al 26. II. 1851, dopo che da qualche giorno duravano i dolori del parto, si verificò la rottura dell'utero. Celiotomia fatta da CAIFASSI; estrazione del feto morto passato in totalità nel cavo addominale. La rottura fu riscontrata sulla parete anteriore dell'organo in alto ed a destra della cicatrice cesarea, con margini frastagliati. Il 24 marzo l'operata era completamente guarita (5).

Divenuta incinta per la 3ª volta, il 10. II. 1853, la donna nel chinarsi per sollevare un peso andò incontro a novella rottura dell'utero con fuoriuscita di sangue da un foro formatosi nella cicatrice addominale, e dopo poche ore morì. Taglio cesareo *post-mortem* fatto da ROMEI. Feto asfittico non rianimato (6).

L'utero con gli annessi fu donato dal CAIFASSI al Museo Anatomo-patologico di Firenze, dove tuttavia si conserva in ottimo stato sotto il N. 1834 (7), e che io ebbi l'agio di esaminare. La cicatrice corrispondente alla 1.ª rottura è coperta in parte dalle aderenze formatesi fra l'utero e la parete addominale. Al di sotto di questa cicatrice si osserva il principio della 2ª rottura che si dirige quasi orizzontalmente verso la base del lig. largo di destra. Questa lacerazione è lunga 8 cent. e presenta nel suo estremo de-

---

(1) *Siebold's Journal*, Bd. III, p. 106.

(2) *Magazin für die gesammte Heilkunde von Rust*, 1823, Bd. XIV, p. 511; *Gemeinsame deutsch. Zeitschr. für Geburtsk*, 1828, Bd. III, p. 336.

(3) *Hannoversche Annalen für die ges. Heilk. von Holscher*, 1839, Bd. IV, S. 217; *Organ für die ges. Heilk.*, 1840, Bd. I, p. 446; Pütz, Diss. inaug., Bonn 1843.

(4) *Gazzetta Toscana delle Scienze Medico-Fisiche*. Anno 1849, N. 2, p. 9-10.

(5) *Gazz. Med. Ital. Federativa Toscana*, 1851, N. 57, p. 451-53.

(6) *Gazz. Med. Ital. Toscana*, Anno 1854, N. 23, p. 177-82.

(7) Cfr. anche CORRADI, Loco cit., p. 1057.

stro un divaricamento dei margini, attraverso il quale fa ernia un grosso cotiledone placentare. La parete uterina per un bel tratto intorno alla crepaccia è poco più spessa di un foglio di carta. Si nota un'altra pseudomembrana, la quale in alto si confonde con le aderenze utero-addominali ed in basso aderisce al segmento antero-inferiore destro dell'utero ed al peritoneo pelvico, rimanendo libera nella parte media, in modo da costituire una specie di ponte sotto il quale apparisce la lacerazione dell' utero. Placenta tutta aderente, a superficie fetale integra, in guisa che non v'ha comunicazione fra la cavità uterina e l' addominale.

In questi 4 casi la rottura nei primi 3 avvenne durante il travaglio del parto e dopo che vi erano state contrazioni intense, nel caso di Caifassi in gravidanza. La lacerazione nei casi di Kilian e Caifassi si ripetette due volte e sempre fuori dell'ambito della cicatrice. In due casi essa aveva sede nella parete posteriore, ed i suoi margini erano molto assottigliati nel caso di Hasbach; nei casi di Kilian e di Caifassi tutte e due volte nella parete anteriore. In quanto all' etiologia della rottura merita di essere rilevata nel caso di Caifassi la grande sottigliezza della parete uterina in corrispondenza della crepaccia come causa predisponente della 2ª lacerazione, alla quale si aggiunse come causa occasionale lo sforzo fatto dalla donna.

Secondo Krukenberg nei tre casi da lui raccolti la cosa più probabile è che siasi trattato di lacerazione del segmento uterino inferiore disteso.

In un gruppo speciale mise Krukenberg il caso operato da G. Veit nella Clinica ginecologica di Bonn della rottura di un diverticolo formatosi, nella gravidanza successiva a taglio cesareo ripetuto, fra le cicatrici dell'utero e le pareti addominali a queste cicatrici aderenti. La formazione del diverticolo si ebbe in seguito alla distensione graduale delle cicatrici cesaree e delle aderenze utero-parietali indotta dal crescimento dell'uovo, laddove la lacerazione fu dovuta al traumatismo sofferto dalla donna nel 7° mese di gravidanza. Il feto, in preda ad avanzata putrefazione, giaceva nel diverticolo, dal quale fu estratto mercè la celiotomia che aprì la cavità di nuova formazione.

Un altro caso, nel quale anche si ebbe la formazione di un diverticolo e che sfuggì alle minuziose indagini del Krukenberg,

fu descritto dal nostro Domenico Cacciopoli. Essendo questo caso molto interessante e a quanto pare non a conoscenza della generalità di coloro che si sono occupati delle conseguenze del taglio cesareo, ne riporto qui i dati principali:

Filomena Morvillo, di anni 25, primipara, rachitica, con C. v. poco più di 1 1/2 poll. Taglio cesareo fatto da E. Jacolucci nella Maternità dell'Ospedale degl'Incurabili il 27. VIII. 1862. Feto vivo. Madre salva (1).

Nella donna, rimasta di nuovo gravida, al 7° mese si manifestarono bollori addominali con esito di sangue dall'utero che continuò per 7-8 giorni. Tra l'8° ed il 9° mese scomparvero gradatamente i segni della vita del feto. Nel corso del 9° sopraggiunsero i dolori del parto; con quella stenosi pelvica, a feto morto, fu deciso ricorrere alla cefalotripsia; ma questa, che venne anche fatta nella predetta Maternità, non riuscì, il feto non potè essere estratto e la donna soccombè. All'autopsia fatta da G. Testa si rinvenne una morbosa cavità formata dalle pareti addominali aderenti alla faccia anteriore dell'utero, facienti come una saccoccia: la cicatrice cesarea si era aperta (al 7° mese), ed il cavo della matrice comunicava direttamente con l'anzidetta cavità; il feto trovavasi in parte nell'utero, in parte nel detto diverticolo. Niuna comunicazione esisteva fra la cavità di nuova formazione e l'addominale (2).

Vi sono finalmente i 3 casi di Schenck (3), Fredricks (4) e Hahn (5), nei quali non è accertato dove avvenne la rottura, se nella cicatrice od in altro punto. Nel caso di Bourgeois, in cui quasi certamente si trattò di rottura uterina a seguito di ta-

---

(1) Jacolucci, loc. cit.

(2) «Nota su di un caso di parto cesareo pel prof. D. Cacciopoli» letta nella tornata del 27. V. 1866 dell'Accad. Med. Chir. di Napoli. *Rendiconto delle Adunanze e dei lavori della R. Acc. Med. Chir. di Napoli*, Tom. XX, Fasc. 1.° e 2.° (Gennaio a Giugno 1866) p. 50-51 e 54-55 — Cfr. anche G. Testa, Loco cit., p. 47-48. e D. Parrotta «Trattato di Oper. chir. etc.» Vol. II, p. 541-2, Napoli 1864, il quale, contrariamente all'opinione di Cacciopoli, fu di avviso che la formazione del diverticolo si dovesse verificare costantemente nei casi di ripetizione di gravidanza in utero antecedentemente operato di taglio cesareo.

(3) Loco cit.

(4) *Medicin. Tijdschr. v. Geneesk.* 1858, II, p. 17; 1859, III, p. 237.

(5) *Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1861, p. 61.

glio cesareo, non essendosi fatta l'autopsia neppure è dato precisare il sito della lacerazione (1).

Non è possibile, neanche dopo le indagini da me fatte per completare la statistica di KRUKENBERG, di assegnare il percento della rottura della cicatrice cesarea. Bisognerebbe avere a disposizione tutti i casi di taglio cesareo ripetuto senza rottura, e tutti quelli di rottura della cicatrice uterina dopo il parto cesareo verificatasi nelle gravidanze e nei soprapparti successivi. Quanti tagli cesarei ripetuti con insuccesso non furono resi di pubblica ragione, e quante gravidanze e parti seguiti da morte per rottura dell' utero in donne operate di parto cesareo non vennero registrati, ovvero rimasero ignorati? Il meglio che si può fare è di mettere a profitto l' esperienza dei casi occorsi a WINCKEL SEN. Quattro delle donne da questi operate ridivennero incinte; due di esse non andarono incontro alla rottura, laddove nelle altre due la rottura si verificò ed in una due volte consecutivamente. Si potrebbe quindi calcolare al 50 $^{0}/_{0}$ la percentuale in discorso, la quale venne riconosciuta come non molto lontana dal vero da KRUKENBERG e dagli scrittori posteriori. La stessa percentuale era stata ammessa da P. MÜLLER, però fondandosi sui 12 casi innanzi citati di MICHAËLIS riferentisi a donne divenute nuovamente gravide dopo il taglio cesareo, in 6 delle quali si verificò la rottura dell' utero.

Come sequela postuma del taglio cesareo venne anche ammessa la *gravidanza extrauterina*, citandosi il caso di HILLMANN (2), ma più specialmente da quasi tutti i trattatisti l' altro del LECLUYSE (3). L'ovulo fecondato sarebbe passato nella cavità ad-

(1) Gazette des Hôpitaux, 1860 (Rapport de LABORIE à la Soc. de Chir.); e BOURGEOIS: « Relation d'une rupture de l'utérus pendant la grossesse chez une femme ayant précédemment subie l'op. cés. » *Ann. de la Soc. de Méd. d' Anvers*, 1862, p. 353—Nel caso di LAMBRON fu fatta due volte felicemente la gastrotomia per rottura d'utero, ma se prima di queste due operazioni la donna avesse subito il taglio cesareo, come da alcuni fu asserito, non si può dire con certezza. BAUDELOCQUE ZIO, che riferiva questo caso (Loco cit. Cap. Rott. d'utero, p. 163-4) non accennava a questa operazione; laonde esso rimane come un esempio dubbio di rottura d'utero in seguito di parto cesareo.

(2) *Deutsche Klinik*, 1863, p. 385, e *Berl. klin. Woch.*, 1864, p. 463.

(3) *Bulletin de l'Accad. royale de Méd. de Belgique*, 1869, p. 362.

dominale attraverso un' apertura fistolosa rimasta nell'utero in in seguito a cattiva cicatrizzazione della ferita cesarea. Oramai la critica ha fatto giustizia di questi casi, perchè si prestano a numerosi appunti, e non è infondato il sospetto che in essi si fosse trattato di una rottura d'utero.

CAPITOLO II.

Gastro-elitrotomia, o metodo extraperitoneale del taglio cesareo.

A principio di questo secolo alcuni operatori, per scongiurare il pericolo dell'emorragia e della peritonite che soppravvenivano in seguito alla sezione del peritoneo e che facevano strage delle operate, pensarono di battere una via diversa da quella seguita dai loro predecessori, cioè di operare senza aprire il cavo peritoneale e senza incidere le pareti dell'utero, donde l'origine del metodo extra-peritoneale del taglio cesareo.

A torto venne attribuita a Jörg la prima idea della gastro-elitrotomia. Questo A. propose invece, nel 1806, di fare un'incisione completa delle pareti addominali col processo di Mauriceau od anche di Levret, e di aprire la vagina, o tutt' al più, se non vi fosse spazio sufficiente per l'uscita del feto, il collo dell' utero, adducendo a giustificazione della sua proposta l'esperienza di parecchi pratici che avevano osservato il passaggio del feto nel cavo addominale attraverso una rottura della vagina (1). In questo atto operativo, come si vede, non si trova rispettato il principio fondamentale, informatore della gastro-elitrotomia, il quale consiste nel non ledere il peritoneo e nel non aprire la cavità peritoneale.

La prima iniziativa di questo metodo appartiene a Ritgen, il quale lo ideò nel 1820, denominandolo: « sezione del ventre e della vagina ».

La gastro-o laparo-elitrotomia comprende i seguenti processi:

Processo di Ritgen (2). Traendo l' ispirazione dalle ricerche

---

(1) « Versuche und Beiträge geburtsh. Inhalts ». Leipzig 1806, p. 263 e seg.; e « Handbuch der Geburtsh. », 1807, p. 355 e seg.

(2) « Die Anzeigen der mechan. Hülfe bei Entbindungen » Giessen 1820, p. 406, 443.

di Abernethy e Cooper sulla legatura delle iliache senza l'apertura del peritoneo, Ritgen consigliò di fare una incisione semilunare delle pareti addominali a cominciare dalla cresta iliaca fino in vicinanza della sinfisi pubica senza interessare il peritoneo, che viene scollato e scacciato in alto. S' incide la parete posteriore della vagina con la sonda a dardo di Frate Cosimo e s' ingrandisce la ferita con bisturi bottonato; un assistente inclina l' utero dal lato opposto a quello dove si trova la ferita operatoria; se occorre si taglia anche il collo dell' utero. Estratto il feto, si deterge la ferita, e la pelle ed i muscoli vengono riuniti con sutura o con liste di sparadrappo.

Processo di Physick. Questo ostetrico di Philadelphia, pigliando le mosse dal fatto che il peritoneo nelle donne incinte è facilmente scollabile dalla vescica e dal collo uterino, propose, nel 1822, di fare a vescica moderatamente distesa un' incisione orizzontale rasente il margine superiore dei pubi, di scollare la sierosa dal fondo della vescica e di respingerla in alto allo scopo di giungere sul collo dell' utero ed aprirlo (1).

Processi di Baudelocque nipote. Questo A. in buona fede credè di essere stato il primo a consigliare l'operazione, cui impose il nome di gastro-elitrotomia. Egli propose ben quattro processi, non che delle varianti ad alcuni di questi.

Il 1° consiste in una incisione verticale dell'addome in vicinanza della linea alba dal lato opposto a quello dove il fondo dell'utero è inclinato, nello scollamento del peritoneo e nel taglio della vagina sulla sua parte laterale; ciò fatto, attraverso la soluzione di continuità si uncina il collo dell' utero per metterlo in rapporto con la ferita addominale, mentre l'assistente preme in senso opposto sul fondo dell'organo (2).

Il 2° mantiene la stessa incisione delle pareti addominali,

---

(1) Questo processo fu consigliato dall' A. al suo amico Dr. W. E. Horner e si trova descritto in una lettera di costui inserita nel manuale di W. P. Dewees: «A compendious system of Mydwifery. » London, 1825, p. 605-6.

(2) « Nouveau procédé pour pratiquer l' opér. césar. » Thèse de Paris, 1823.

compreso il peritoneo, cui fa seguire un secondo taglio di questa membrana e della vagina (1).

Il 3° ha per iscopo di fare un' incisione lungo il ligamento di Poupart dalla spina iliaca anterior superiore alla spina del pube, di scollare il peritoneo e di tagliare lateralmente la vagina (2). Questo processo è simile a quello di Ritgen, al quale ne è devoluta la priorità. Dei quattro è quello che viene comunemente descritto sotto il nome di Baudelocque nipote, il quale lo adoperò nel suo 1° caso; ma essendosi manifestata un'emorragia considerevole in seguito al taglio della vagina, fu costretto a fare il taglio cesareo col metodo intraperitoneale ordinario. Allo scopo di prevenire la detta emorragia, l' A. si accinse nella 2ª operazione ad allacciare l'arteria iliaca interna prima di fare la elitrotomia, ma avendo l'assistente fatto cadere nel cavo pelvico la massa intestinale che era incaricato di tener sollevata, l' Op. non vide più dove si trovava la punta dell' istrumento e ferì la arteria iliaca esterna. Per arrestare l'emorragia fece la legatura dell'iliaca primitiva. Nelle considerazioni sul caso l' A. proponeva una variante al 1° tempo dell' operazione, consistente nella legatura preventiva dell' iliaca anteriore e soprapubica, dopo un taglio di 3 pollici della parete addominale e successivo scollamento del peritoneo.

Il 4° consta dei seguenti tempi: incisione verticale del ventre vicino la linea alba, eventrazione e forzata anteflessione della matrice, sezione del meso-retto ed apertura della vagina nella parte posteriore. Come variante di questo processo l'A. propose un'incisione addominale al di sopra dei pubi da una spina iliaca anterior superiore a quella del lato opposto.

Solo il 1° ed il 3° di questi processi sono delle gastro-elitrotomie nel modo come va intesa quest' operazione (3).

---

(1) « Nouveau moyen pour délivrer les femmes contrefaites á terme ou en travail, substitué à l'opér. césar. ». Paris, 1824.

(2) « De l' Élytrotomie ou section du vagin» Paris, 1814.

(3) Citerò qui, ad onta che non ne sia il luogo, ma perchè appartenente anche a Baudelocque Nipote, un altro processo di parto cesareo proposto nel 1850 e da lui denominato elitro-gastrotomia. Consiste in un' incisione trasversale alla parte alta della vagina dalla via di questo canale, e, dopo il passaggio del feto nell'addome attraverso questa brec-

Cronologicamente vengono le proposte di Carlo Bell (1): di fare il taglio delle pareti addominali nella direzione dalla cresta del pube obliquamente allo esterno; di scollare il peritoneo per raggiungere sotto di questo la vagina e l'utero; di fare una piccola incisione nella vagina e di dilatarla lentamente col dito; di rompere le membrane, e a seconda dei casi di abbandonare il parto alla natura, ovvero di terminarlo col rivolgimento. Pare che l'A. fosse ignaro delle proposte fatte antecedentemente.

Processo di G. Testa. Questo chirurgo propose nel 1858, " di congiungere al taglio delle pareti addominali di Baudelocque anche quello della linea mediana ad oggetto di avere più largo spazio, di evitare che potessero essere interessate la vescica e l'uretere corrispondente.....ed infine per espletare più facilmente il parto „ (2). Questo processo fu sperimentato la prima volta sulla donna vivente da Francesco Cianflone nella Maternità dell'Ospedale degli Incurabili di Napoli con esito felice pel feto, ma la madre morì nelle prime 24 ore in seguito al taglio della parete anteriore e posteriore della vescica, scambiata per la vagina (Ved. fig. XVII. della monografia del Testa), la quale venne incisa in ultimo, riconosciuto l'errore (3).

I risultati sempre fatali della gastro-elitrotomia ed i giudizii addirittura sfavorevoli alla medesima dati dalla maggioranza de-

---

cia, nella gastrotomia sul decorso della linea alba onde estrarre il feto. Hubert « Cours d'Accouchements» 1885, Tom. II, p. 178, citato da Berlin, « De l'opér. césar. etc.» p. 29-40.

(1) « Institutes of Surgery » 1840; e Mangiagalli « Le più recenti modificazioni del taglio cesareo », 1884, p. 149.

(2) *Raccoglitore medico*, Napoli 1858; e « Studio sulla Gastro-isterotomia », p. 68-9.

(3) Questo caso, l'unico che si conta in Italia di gastro-elitrotomia, viene ricordato dal Testa (Loco cit., p 69) con le notizie di quassù. L'operatore F. C. non può essere altri che Francesco Cianflone. Trovasi poi menzionato lo stesso caso: nella memoria di Jacolucci, (Loco cit. *Il Morgagni*, 1862, p. 719). che dice che l'operazione fu fatta col metodo di Baudelocque, il che non sarebbe esatto; e nei lavori del Corradi (Loco cit., p. 1138) e del Mangiagalli (Loco cit., p. 146): questi due ultimi Autori lo citano coi particolari dati da Jacolucci.

gli scrittori fecero cadere nel discredito e quindi rigettare quest' atto operativo.

Ma nel 1870 Gaillard Thomas, di New-York, tentò di rimetterlo in onore con un lavoro molto importante (1), nel quale dava notizia di un' operazione fatta su di un cadavere e di un altra praticata nel marzo 1870 su di una donna incinta a 7 mesi, agonizzante, morta di polmonite, il cui prodotto sopravvisse due ore. Da quest' epoca comincia il periodo moderno della gastro-elitrotomia, che si può dire riinventata dal Thomas, ignorando questi completamente i lavori precedenti.

Thomas, a differenza di Ritgen, introdusse un isterometro in vagina per far sporgere la parete di questo canale.

A malgrado dell' insuccesso, il ginecologo americano trovò degli imitatori, specie nei suoi connazionali; ed egli stesso nel 1877 ritentò l' operazione in viva, ma questa volta con successo per la madre e pel prodotto.

Nello stesso anno Budin fece quest' operazione sul cadavere, dichiarandola di facile esecuzione (2), e propose d' incidere il peritoneo invece di scollarlo (3), allo scopo di rendere l' atto operativo più semplice e possibilmente meno pericoloso, il che, come ho detto innanzi, è in contradizione col principio fondamentale cui il metodo s' ispira.

Garrigues, nell' interessante monografia pubblicata nel 1878, consigliò d' incidere la vagina col termo- o col galvano-cauterio, affine di evitare l'emorragia (4).

Da ulteriori studi ed esperienze sui cadaveri di donne gravide venne messo in sodo che l' incisione della vagina deve cadere al di sopra dell' uretere (Polk (5), Westbrook (6), Ran-

---

(1) « Gastro-elytrotomy, a substitute for the caesarean section ». Comunic. alla Yorker med. Association — *Am. Journ of Obst.*, May 1870.

(2) « Opér. césar. et gastro-élytrotomie » *Progrès méd.*, Sept. 1877.

(3) In: Masson « De la gastro-élytrotomie » Thèse de Paris, 1878.

(4) « On gastro-elytrotomy » New-York 1878.

(5) « Landmarks in the operation of Laparo-elytrotomie » *Trans. of the Obst. Soc. of New-York*, Meeting January 3, 1882; e *Amer journ. of Obst.*, June 1882.

(6) In: *Procedings of the med. Soc. of the County of Kings*, Nov. 1882.

NEY (1), MANGIAGALLI (2)). Fatta la bottoniera nella vagina, THOMAS praticò la lacerazione longitudinale di questo canale, SKENE la trasversale. GARRIGUES fu d'avviso che la direzione più opportuna da darsi alla lacerazione sia l'obliqua, e POULLET fece una incisione trasversale, poscia ingrandì l'apertura incidendo lungitudinalmente il collo dell'utero ed il labbro inferiore dell'incisione vaginale.

I casi finora pubblicati di gastro-elitrotomia sulla vivente, in numero di 18, sono i seguenti:

Numero d'ordine	*Data*	*Operatore*	*Esito*	
			Madre	*Feto*
1	21. X. 1821	Ritgen (Giessen)	Morte	Vivo (3)
2	?	Baudelocque nipote	Morte	Morte
3	6. V. 1843	Baudelocque nipote	Morte	Morte
4	1858	F.Cianflone (Napoli)	Morte	Vivo
5	III. 1870	G. Thomas (New-York)	Morte	Morte
6	22. III. 1874	A. Skene (Brooklyn)	Morte	Morte (4)
7	29. X. 1875	A. Skene	Guarigione	Vivo (5)
8	23. VI. 1877	A. Skene	Guarigione	Vivo (6)
9	3. XII. 1877	G. Thomas	Guarigione	Vivo (7)
10	14. VII. 1878	Hime (Sheffield)	Morte	Vivo (8)
11	23. XI. 1878	Edis (Londra)	Morte	Vivo (9)

(1) « The topographical relations of the femal pelvic organs » *Amer. journ. of Obst.*, May 1883.

(2) Loco cit., p. 156-9.

(3) *Heidelberg. klin. Annalen* etc. Bd. I, Stck 2, p. 268 e seg., 1835.

(4) Gastro-elytrotomy performed in the interest of the mother after perforation of the child » *New-York med. Journal*, Vol. XX, 1874.

(5) « Gastro-elytrotomy performed successfully for mother and child » *Amer. journ. of Obst.*, January 1876.

(6) « Gastro-elytrotomy performed successfully for mother and child four days after beginning labor. Lordosis, Anchilosis of both hip joints. Previous pelvic peritonitis » *Amer journ. of. Obst.*, Oct. 1877.

(7) « Laparo-elytrotomie successfully performed for both mother and child » *Amer. journ. of Obst.*, April 1878.

(8) « Laparo-elytrotomy » *The Lancet*, 9 Nov. 1878.

(9) *Brit. med. Journ.*, 30 Nov. 1878.

Numero d'ordine	Data	Operatore	Esito	
			Madre	Feto
12	9. XI. 1879	Gillette (New-York)	Guarigione	Morte (1)
13	17. V. 1883	Dandridge (Cincinnati)	Morte	Morte (2)
14	1. IX. 1883	C. Jewett (Brooklyn)	Morte	Morte (3)
15	4. X. 1884	A. Skene	Guarigione	Vivo (4)
16	26. I. 1885	C. Jewett	Guarigione	Vivo (5)
17	6. II. 1885	J. Poullet (Lione)	Morte	Vivo (6)
18	1887	W. D. McKim (New-York)	Guarigione	Morte (7)

Si noti che nella operazione di Ritgen e nella 1ª di Baudelocque la gastro-elitrotomia non fu menata a termine, e si dovette ricorrere al taglio cesareo ordinario per estrarre il feto. Nella 2ª operazione di Baudelocque ed in quella di Cianflone furono commessi gravi errori di tecnica, come innanzi ho accennato. Non tenendo perciò conto di questi casi, anche perchè occorsero in un'epoca in cui non esistevano i tre grandi ausilii della chirurgia—l'anestesia, l'antisepsi e l'emostasi profilattica—restano i 14 casi appartenenti al periodo moderno o di resurrezione della gastro-elitrotomia. Su questi si hanno 7 morti materne e 6 fetali, o, se non si vuol calcolare il 1° caso di Thomas, per la ragione che l'operazione fu fatta *in articulo mortis*, 6 morti materne = mortalità del 46, 1 °/o e 5 fetali = mortalità del 38,4 °/o.

---

(1) « A successful case of Laparo-elytrotomy » *Amer. journ. of Obst.*, January 1880.

(2) In: Taylor « Report of a case of gastro-elytrotomy oper. by Dandridge » Cincinnati, June 1883.

(3) « Two cases of Laparo-Elytrotomy with Remarks » *Trans. of Amer. gynec. Soc.*, Vol. X, p. 344, 1885.

(4) « A successful case of Laparo-elytrotomy » *Annals of Surgery*, Vol. I, N° 1, January 1885.

(5) Loco cit.

(6) « Exposé des titres scientifiques » Lyon 1886.

(7) « The present status of laparo-elytrotomy, with report of a successful case » *New-York med. Journ.* 1887, p. 651-56.

A. S. Clarke (1) e Mac Kim sottoposero questi 6 casi di morte materna ad un lavorio di epurazione allo scopo di assodare quali fossero da ascrivere all'operazione, ed arrivarono alla conclusione che la percentuale di mortalità della laparo-elitrotomia era uguale a zero o quasi, e che quindi quest'operazione doveva preferirsi al taglio cesareo col metodo intraperitoneale. Essi si mostrarono addirittura entusiasti dell' operazione in esame, la quale, non aprendo il peritoneo ed il corpo dell' utero, evita i pericoli della gastro-isterotomia ordinaria (emorragia placentare e peritonite), ed è di facile esecuzione.

In una rivista critica del lavoro di Clarke, Ganzinotti (2) del pari si dichiarava fautore della laparo-elitrotomia, e manifestava la speranza che quest'operazione in breve avrebbe acquistato diritto di domicilio nella pratica e rivaleggiato col taglio cesareo ordinario.

E Guzzoni degli Ancarani, che scriveva quasi contemporaneamente (3), era pure favorevole a quest' atto operativo che, a suo dire, non isterilisce la donna, nè la espone al pericolo d'una rottura d' utero in una gravidanza successiva; e manifestava il parere che fra il taglio cesareo ordinario, l' operazione Porro e la gastro-elitrotomia assai probabilmente l'avvenire sarebbe riservato a questa.

All' infuori dei suddetti autori, di quelli che operarono di gastro-elitrotomia, non che di pochi altri, come Playfair (4), Budin e Masson, E. W. Jenks (5), i quali furono, sebbene con delle riserve, favorevoli, all' operazione, tutti gli altri scrittori ed operatori si pronunziarono più o meno contrariamente alla gastro-elitrotomia.

Numerosi appunti le furono fatti quali: di essere controindicata nei casi di tumori e di alterazioni cicatriziali della vagina, di atresia dell'utero, e di tumori della parete anteriore del

---

(1) « Contribution a l' étude de la laparo - élytrotomie ». Thèse de Nancy, Paris 1887.

(2) « De la laparo-élytrotomie ». *Bull. méd.*, Juin 1887.

(3) Loc. cit.

(4) « The science and pratice of midwifery » tom. II, p. 227, London 1876.

(5) *Arch. de Toc.*, Fevrier 1878, Lettre a Mr. le Dr. de Soyre.

bacino che respingano la vagina contro il sacro etc.; di essere resa difficile per la flessione di entrambe le cosce sul bacino in seguito ad anchilosi dell' articolazioni coxo-femorali (cfr. il 3° caso di SKENE); di non poter esser praticata in qualunque periodo del parto; di portar seco il pericolo delle facili lesioni degli organi limitrofi, specie della vescica, il che accadde molto frequentemente, e di produrre la lacerazione del segmento inferiore dell' utero; di preparare una via angusta all'uscita del feto (P. DUBOIS (1), TARNIER (2), STOLTZ (3) ed altri), ed inoltre di richiedere spesso speciali operazioni (forcipe, rivolgimento) per estrarlo, le quali riescono difficili specie ad acque colate e possono compromettere la vita del prodotto; di esporre il campo operatorio ad estese contusioni e ad essere invaso dai secreti dell'utero e della vagina, circostanze che rendono difficile la guarigione della ferita. Altre controindicazioni furono trovate nel profondo impegno del capo (GARRIGUES) e nell'aver fatta già una volta la operazione (STATDFELDT (4)), ma queste non erano ammesse da MANGIAGALLI Dal canto mio, pur riconoscendo che l'operazione una volta fatta da un lato si possa ripetere dal lato opposto, giudicai molto difficile la sua ripetizione sullo stesso lato (cfr. il 3° caso di SKENE) per le alterazioni delle parti comprese nel campo operatorio (5), ed ora aggiungo che con la laparo-elitrotomia non è possibile nell' occasione del taglio cesareo di rendere sterile la operata, in quei casi nei quali la sterilizzazione preventiva è veramente indicata (6). In generale poi mi parve che la gastro-elitrotomia rispondesse alle esigenze tecniche

---

(1) Suppl. a l'art. « Opér. césar. » in: Dictionnaire en 30 vol., tom. VII, p. 148, 1884.

(2) In: LENOIR, SÄX et TARNIER « Atlas complementaire de tous les traités d'accouchements », p. 276, Paris 1865.

(3) Art. « Opér. césar. » in: « Nouveau diction. de méd. et de chir. prat. ».

(4) « Foedselen ved Boekkenets svulster med. soerligt Hensyn til Anvendelsen of Laparo-hysterotomien, Laparo-elytrotomien, og Hysterectomien » Copenhaghen, 1879.

(5) « Die neuesten Ergebnisse des conservativen Kaiserschnittes mit Uterusnaht, etc. » *Arch. für Gyn.*, Bd. XXXIII, Hft II, p. 270, 1888.

(6) « Operazioni complementari del taglio cesareo » p. 34-40.

e cliniche, le quali è deputata a soddisfare, in modo meno perfetto della gastro-isterotomia con esatta sutura dell'utero.

Non è il caso di fare qui uno studio comparativo fra queste due operazioni che un tempo potettero dirsi rivali. Oramai sono molti anni da che il peritoneo ha perduto la triste fama del *noli me tangere* (1), ed una lunga esperienza ha dimostrato che la ferita cesarea non ha gravità, a patto però che sia riunita con accurata sutura. Sono quindi cessati i motivi per cui la gastro-elitrotomia fu inventata e per i quali l' uso di essa sembrò giustificato. Oggi non avrebbe più ragione di essere; e nel fatto sta che quest' operazione dal 1887 in poi non fu più tentata, per quanto io mi sappia, ed è stata abbandonata dallo stesso suo reinventore, G. Thomas (2); così che è lecito considerarla come caduta in oblio per la seconda volta.

---

(1) Merita di essere rilevato a questo punto che Kilian (Loco cit., p. 723-24) fondandosi sull' esperienze di Blundell negli animali e sui risultati dell' estirpazione degli ovarii nella vivente riferiti da Lizars, aveva fin dal 1849 espresso l'avviso che l' apertura del sacco peritoneale non costituisse un gravissimo pericolo, nè il più grande del taglio cesareo.

(2) Questi, in persona di una rachitica, il 28 II. 1892, faceva ricorso con felice risultato alla gastro-isterotomia con sutura dell' utero (*New-York med. Record*, 1892, p. 534-36).

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

RG
361
C32
1896
LANE
HIST

Photomount
Pamphlet
Binder
Gaylord Bros. Inc.
Makers
Stockton, Calif.
PAT. JAN. 21, 1908